



3 1761 11970932 7



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709327>



Chambre des communes
Canada

Vers le mieux-être holistique

les peuples autochtones



Comité permanent de la santé
L'hon. Roger Simmons, c.p., député
Président

Juillet 1995

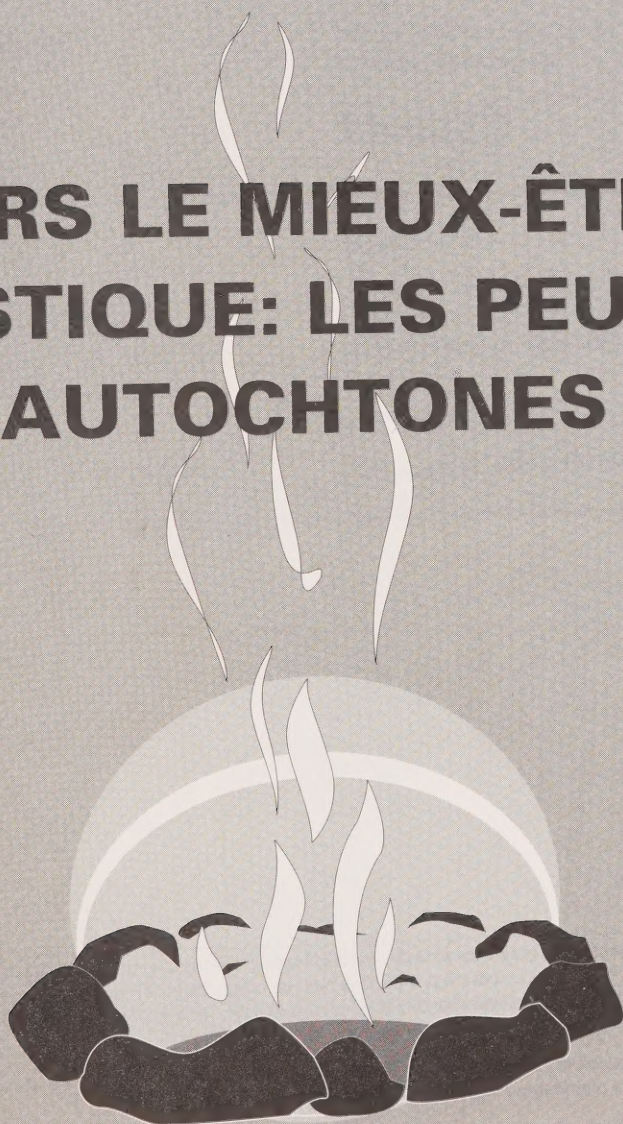
Photo de la page couverture : Blaine Paul (agé de 10 mois), jouant des tambours pendant la visite du Cor
permanent de la santé à Alkali Lake, Colombie-Britannique. Photo de Rose-Marie Ur, député



Service des publications

Rapport du
Comité permanent de la santé

**VERS LE MIEUX-ÊTRE
Holistique: LES PEUPLES
AUTOCHTONES**



Juillet 1995

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue de préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 31

Le mardi 6 juin 1995
Le jeudi 15 juin 1995
Le mardi 20 juin 1995

Président: Roger Simmons

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 31

Tuesday, June 6, 1995
Thursday, June 15, 1995
Tuesday, June 20, 1995

Chair: Roger Simmons

*Procès-verbaux du Comité
permanent de la*

Santé

*Minutes of Proceedings of the
Standing Committee on*

Health

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2)
du Règlement, considération d'une
étude intitulée «Vers le mieux-être
holistique: les peuples autochtones»

Y COMPRIS:

Le Quatrième rapport à la Chambre

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2),
consideration of a study entitled "Towards
Holistic Wellness: the Aboriginal Peoples"

INCLUDING:

The Fourth Report to the House

Première session de la trente-cinquième
législature, 1995

First Session of the Thirty-fifth
Parliament, 1995

Comité permanent de la santé

PRÉSIDENT: L'hon. Roger Simmons

**VICE-PRÉSIDENTS: Pauline Picard
Ovid L. Jackson**

MEMBRES

**Margaret Bridgman
Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry**

**Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Rose-Marie Ur**

MEMBRES ASSOCIÉS

**Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin**

**Réal Ménard
John Murphy
Svend J. Robinson
Andy Scott**

PARTICIPATION D'UN AUTRE MEMBRE

Claude Bachand, député de Saint-Jean

LA GREFFIÈRE DU COMITÉ

Nancy Hall

DU SERVICE DE LA RECHERCHE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

**Odette Madore
Nancy Miller Chenier**

Membres du Comité permanent de la santé



L'hon. Roger Simmons
Président
Libéral
Burin—Saint-Georges (Terre-Neuve)



Ovid Jackson
Vice-président
Libéral
Bruce—Grey (Ontario)



Pauline Picard
Vice-présidente
Bloc Québécois
Drummond (Québec)



Margaret Bridgman
Parti réformiste
Surrey-Nord (C.-B.)



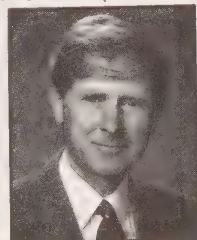
Harold Culbert
Libéral
Carleton—Charlotte (Nouveau-Brunswick)



Michel Daviault
Bloc Québécois
Ahuntsic (Québec)



Hedy Fry
Libéral
Vancouver-Centre (C.-B.)



Grant Hill
Parti réformiste
MacLeod (Alberta)



Bernard Patry
Libéral
Pierrefonds—Dollard (Québec)



Paul Szabo
Libéral
Mississauga-Sud (Ontario)



Rose-Marie Ur
Libéral
Lambton—Middlesex (Ontario)

Remerciements

La réalisation du présent rapport a été rendue possible grâce aux efforts de plusieurs personnes.

Au nom des membres du Comité, j'aimerais remercier pour leur excellent travail la greffière du Comité, Nancy Hall, et Gisèle Beauchemin, adjointe administrative à la Direction des comités. L'équipe de recherche de Nancy Miller Chenier et d'Odette Madore a accompli une énorme tâche afin de rassembler les données de base et faire l'ébauche du rapport.

Je désire aussi remercier le greffier Bill Farrell qui a accompagné le Comité dans ses déplacements vers l'est, durant sa tournée pancanadienne, ainsi que Michel Quevillon et Fiona Bladon qui ont si habilement prêté main-forte aux greffiers pour la logistique du voyage et la coordination des séances «sur la route».

Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde considération à toutes les collectivités et établissements de santé autochtones que nous avons visités, de même qu'aux nombreux groupes et particuliers qui ont comparu devant le Comité.

Le Comité permanent de la santé

a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité permanent de la santé a mené une étude intitulée *Vers le mieux-être holistique : les peuples autochtones*. Après audition des témoins et des visites aux communautés autochtones, le Comité a décidé de présenter le rapport qui suit à la Chambre :

Table des matières

INTRODUCTION	1
A. Pourquoi le comité a-t-il entrepris cette étude?	1
B. Quelle procédure le comité a-t-il suivie?	3
CHAPITRE PREMIER : LES PEUPLES AUTOCHTONES	7
A. Qui sont-ils?	7
B. Combien sont-ils au Canada?	8
C. Où vivent-ils?	8
D. Dans quelles conditions socio-économiques vivent-ils?	9
E. Et qu'en est-il des jeunes?	11
CHAPITRE DEUX : LES PRINCIPES DU MIEUX-ÊTRE	13
A. Définition du mieux-être	13
B. Habilitation	14
C. Les facteurs du mieux-être	15
D. Conditions qui nuisent au mieux-être	17
CHAPITRE TROIS : ATTEINTE DU MIEUX-ÊTRE HOLISTIQUE	21
A. Le rôle des collectivités	21
B. Approches du mieux-être	22
C. Dimension culturelle des services	25
D. Action particulière auprès des enfants et des jeunes autochtones	26
CHAPITRE QUATRE : PRÉOCCUPATIONS MAJEURES DES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES	29
A. Violence physique et abus sexuels	29
1. Information générale	29
2. Situation actuelle et solutions proposées	29
3. Obstacles au mieux-être familial	32

B.	Abus d'alcool et de drogues	33
1.	Information générale	33
2.	Syndrome d'alcoolisme foetal	34
3.	Situation actuelle et solutions proposées	36
4.	Obstacles à la renaissance d'une communauté	37
C.	Le suicide	39
1.	Information générale	39
2.	Situation actuelle et solutions proposées	41
3.	Obstacles au mieux-être communautaire	43
CHAPITRE CINQ : OBSTACLES AU MIEUX-ÊTRE		
D'ORDRE GÉNÉRAL		45
A.	Développement économique et autonomie	45
B.	Partage des compétences	46
C.	La médecine traditionnelle	48
D.	Liaison entre les secteurs	50
E.	Financement	51
1.	Caractère inopportun des modalités	51
2.	Rigidité des critères de financement	52
3.	Délais irréalistes et consultation inadéquate	53
4.	Insuffisance du financement	53
F.	Formation	54
G.	Collecte de données et partage de renseignements	56
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS		57
A.	L'évolution vers le mieux-être	57
1.	Autonomie et autodétermination	58
2.	Programmes efficaces	59
3.	Diffusion de l'information	59
4.	La jeunesse	60
5.	Plan d'action	61
B.	Que recommande le comité?	62
Un plan d'action national basé sur la collaboration		62
1.	Un mécanisme de consultation	63
2.	Le rôle du gouvernement fédéral	63

3.	Le rôle des communautés	64
4.	Diffusion de l'information	65
5.	Domaines prioritaires	65

ANNEXE A

<i>Liste des témoins</i>	67
--------------------------------	----

ANNEXE B

<i>Mémoires soumis par écrit au comité durant son étude</i>	75
---	----

ANNEXE C

<i>Documents déposés auprès du comité durant son étude</i>	77
--	----

<i>Demande de réponse globale du gouvernement</i>	87
---	----

<i>Opinion dissidente — Parti réformiste</i>	89
--	----

<i>Procès-verbaux</i>	93
-----------------------------	----

INTRODUCTION

A. Pourquoi le Comité a-t-il entrepris cette étude?

Le Comité a décidé d'entreprendre une étude sur la santé mentale des peuples autochtones pour donner suite aux interventions de nombreuses personnes et pour prendre en compte des considérations multiples. Les membres du Comité savaient que beaucoup de rapports faisaient état de taux de mortalité, de maladie et de blessures plus élevés chez les Autochtones que dans la population canadienne en général. Ils savaient aussi que de nombreuses ressources, tant humaines que financières, avaient été consacrées à l'amélioration de la situation et que, malgré une abondante documentation et une gamme imposante de programmes et de services, l'état de santé général des Autochtones ne s'était pas amélioré de façon satisfaisante.

En septembre 1994, les membres du Comité décidaient d'examiner la santé des peuples autochtones après, d'une part, avoir constaté le mauvais état de santé général de ces peuples et, d'autre part, avoir reçu une requête du Ralliement national des Métis à l'effet que le Comité s'intéresse à la question. Le voeu du Comité était que tous les groupes autochtones (Indiens, Inuit et Métis) fassent connaître leur propre perception de ces problèmes. Les membres du Comité voulaient surtout connaître comment les Autochtones évaluaient leurs problèmes et quelles solutions ils pouvaient proposer.

Par conséquent, avant d'entreprendre cet examen, le Comité a mené des consultations publiques en octobre 1994 auprès des diverses organisations nationales représentant les peuples autochtones, dont l'Assemblée des Premières nations, le Congrès des peuples autochtones, l'Inuit Tapirisat du Canada, l'Association des femmes inuit (Pauktuutit), le Ralliement national des Métis, le Ralliement national des femmes métisses et l'Association des femmes autochtones du Canada. De plus, le Comité a reçu les témoignages des représentants de Santé Canada, des Affaires indiennes et du Nord Canada, et de la Commission royale sur les peuples autochtones.

Ces témoins ont soutenu devant le Comité qu'il fallait considérer la santé de façon globale et attacher de l'importance à l'état d'esprit, aux émotions, à l'âme aussi bien qu'au corps. Ils ont évoqué les conditions sociales et économiques défavorables touchant les peuples autochtones, soit la pauvreté, le chômage, le manque d'instruction, le surpeuplement et le piètre état matériel des logements. Tous ces facteurs contribuent à la mauvaise santé physique, à la dévalorisation de soi, à des réactions affectives négatives et à une vie spirituelle amoindrie.

Par ailleurs, le Comité a appris que, pour l'application des programmes et la prestation des services, les gouvernements avaient scindé les peuples autochtones en catégories distinctes : les Indiens inscrits habitant dans les réserves ou hors réserve, les

Indiens non inscrits, les Inuit qui résident au Yukon et ceux qui n'y résident pas, et les Métis. En dehors d'écarts existant dans la prestation des services, il existe aussi des différences importantes quant à la nature et l'ampleur de l'information dont on dispose sur chacune de ces catégories. Alors que des Indiens inscrits et des Inuit ont affirmé avoir déjà fait l'objet d'études *ad nauseam*, les Métis et les Indiens non inscrits qui ne relèvent pas de la compétence fédérale ont dit qu'il existait très peu d'information officielle sur leur situation, même si leurs problèmes sont évidents.

Certains témoins ont déclaré notamment que les conditions défavorables vécues quotidiennement par plusieurs peuples autochtones étaient liées à de nombreux problèmes de comportement comme l'alcoolisme et la toxicomanie, le suicide et la violence familiale. Les statistiques déjà disponibles, bien qu'elles sous-estiment l'ampleur réelle des problèmes, selon certains témoins, révèlent l'existence d'une crise profonde au sein des communautés autochtones. Même si les données directes sur l'alcoolisme et la toxicomanie sont limitées, on peut déduire des taux d'incarcération, de la fréquence des morts violentes, et du nombre de diagnostics d'alcoolisme et de toxicomanie d'une part, et d'admissions aux programmes de traitement d'autre part, que le problème atteint des proportions graves. De même, l'augmentation du nombre de femmes et d'enfants victimes de violence physique et sexuelle demeure une préoccupation majeure. De plus, la constatation que le taux de suicide dans les communautés autochtones, et notamment chez les jeunes autochtones, est disproportionné par rapport à celui de la population en général, requiert une attention immédiate. Les témoins ont affirmé que, selon les évaluations, le taux de suicide chez les jeunes autochtones âgés de 10 à 19 ans est cinq ou six fois plus élevé que chez les jeunes non autochtones des mêmes âges.

À la lumière des témoignages reçus lors de cette consultation préliminaire, le Comité a donc convenu d'axer son examen sur la santé mentale. En novembre 1994, ses membres se sont donné le mandat suivant :

- a) consulter les peuples autochtones (Indiens, Inuit et Métis) et d'autres personnes qui ont une bonne connaissance de la façon dont les peuples autochtones ont réussi à surmonter les divers problèmes de santé mentale découlant des conditions socio-économiques défavorables dans lesquelles ils vivent;
- b) examiner les initiatives ou les programmes actuels mis en oeuvre dans les collectivités autochtones pour aborder la question de la santé mentale, en insistant particulièrement sur les diverses solutions appliquées par les peuples autochtones (Indiens, Inuit et Métis), et
- c) formuler des recommandations pertinentes sur les mesures à prendre.

Les membres du Comité ont été prévenus dès le début que le terme «santé mentale», avait une connotation négative et qu'il était souvent associé aux troubles psychiatriques. On leur a expliqué en outre que les peuples autochtones ont une

conception holistique de la santé analogue à la notion de mieux-être. Les membres ont convenu que le concept de mieux-être devait être au cœur de leur étude et qu'ils se concentreraient là-dessus plutôt que sur la maladie, et sur les solutions plutôt que sur les problèmes. Il se sont dits particulièrement intéressés à apprendre ce qui marche bien dans les diverses communautés autochtones de partout au pays qui cherchent à atteindre le mieux-être, et à comprendre quels facteurs ont permis de remporter de tels succès.

B. Quelle procédure le Comité a-t-il suivie?

Afin d'explorer les différentes façons dont les peuples autochtones pourraient atteindre et conserver le mieux-être, le Comité a accueilli une série de témoins qui connaissaient bien les initiatives communautaires pour y avoir participé. Ainsi, des Autochtones de toutes les régions du pays ont eu l'occasion d'expliquer, par le biais d'audiences publiques, lors de visites faites dans diverses collectivités et par la présentation de mémoires, comment ils favorisent et soutiennent l'estime de soi au sein de leurs collectivités.

Lors d'audiences publiques tenues à Ottawa, les représentants de communautés indiennes, métisses et inuit, installées à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, dans des établissements métis ou des collectivités inuit, ou encore dans de petits centres ruraux ou de grands centres urbains, ont exposé devant les membres du Comité leurs multiples efforts pour améliorer l'état de santé général de leurs peuples. Afin de mieux comprendre certaines questions jugées importantes dans le cadre d'une étude de la santé mentale ou du mieux-être, le Comité a invité des groupes de particuliers à parler de diverses questions, telles que les méthodes de guérison traditionnelles et modernes, l'alcoolisme et la toxicomanie, la violence à l'égard des femmes et des enfants et le suicide chez les jeunes.

À part les audiences publiques organisées à Ottawa, le Comité s'est scindé en deux groupes pour visiter des communautés dans l'est et dans l'ouest du pays. Pendant toute une semaine, des témoins ont été entendus à Halifax, Moncton, Winnipeg, Edmonton et Vancouver. Pendant les audiences régionales, la situation des peuples autochtones vivant en milieu urbain a maintes fois été abordée.

Au cours de l'étude, les témoins se présentant devant le Comité ont parlé des nombreux facteurs qui influencent la santé d'une population. Ils ont d'ailleurs indiqué quels étaient les éléments jugés essentiels au mieux-être de la personne, de la famille et de la collectivité, du point de vue des peuples autochtones. Tous les facteurs dont fait état la stratégie d'amélioration de la santé de la population, adoptée en septembre 1994, par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, ont été énumérés. La santé de la population, qu'on parle des peuples autochtones ou des autres Canadiens et Canadiennes, repose donc sur les éléments suivants : la prospérité, le soutien accordé

par la famille et la communauté, la possibilité de faire des études, la maîtrise des conditions de travail, la sécurité du milieu matériel, un milieu social favorable, des expériences heureuses dans l'enfance, et l'accès à des services de santé appropriés.

Malgré les efforts déployés par les peuples autochtones pour favoriser la santé des individus, des familles et des communautés, un certain nombre de conditions qui nuisent à leur santé demeurent omniprésentes. À cet égard, les témoins ont évoqué les problèmes liés au fait d'avoir à protéger leur identité culturelle tout en étant immergés dans une culture dominante. Ils ont parlé du lieu géographique comme d'un facteur déterminant de la santé, pour eux comme pour le reste de la population canadienne. Ils ont maintenu que le manque de possibilités socio-économiques entretient, dans de nombreuses communautés autochtones, le cycle de la dépendance et y exacerbe le désespoir.

Un certain nombre de visites dans d'autres agglomérations autochtones était également prévu dans le cadre de ces audiences régionales. Ainsi les membres du Comité ont visité un établissement métis en Alberta, des collectivités inuit dans le nord du Québec et au Labrador, et des réserves indiennes dans les provinces de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. De plus, ils ont rencontré des gens dans des centres de santé, des postes de soins infirmiers, des écoles et des centres communautaires, et ont visité des maisons de transition mises à la disposition de familles qui ont été victimes de violence et des centres de traitement d'alcoolisme et de toxicomanie.

Pendant leurs visites dans les communautés autochtones, les membres du Comité ont eu l'occasion d'observer une grande variété de situations. D'une part, dans certains endroits les établissements de santé et d'enseignement et les centres prévus pour les activités sociales étaient analogues ou même supérieurs à ceux qui existent dans des communautés non autochtones comparables. Les membres ont vu que l'allocation de ressources semblables se fait différemment selon les collectivités. Parfois, ces dernières décident de la répartition des fonds et du personnel, alors que c'est la source de financement externe qui tranche, en d'autres occasions.

D'autre part, le Comité a également visité un certain nombre de communautés où les ressources étaient extrêmement rudimentaires et parfois inexistantes. Les membres ont pu constater *de visu* les conditions de vie fort difficiles auxquelles sont exposées de nombreuses familles ainsi que leurs enfants. Des logements mal entretenus sans services adéquats d'aqueduc, d'égouts et d'installations électriques, où vivent plusieurs générations, ont fourni la preuve manifeste que des adultes et des enfants autochtones vivent dans la pauvreté. Dans certains cas, les membres du Comité ont été confrontés à une facette du Canada qu'ils ne connaissaient pas. Ils ont vu en effet des hommes, des femmes et des enfants forcés de vivre dans des conditions déplorables et souffrant quotidiennement de privations. D'autres semblaient avoir perdu tout espoir de retrouver un jour leur indépendance. Pour l'ensemble des membres du Comité, cette situation est tout à fait inacceptable.

Dans les communautés, les membres du Comité ont eu l'occasion de discuter de la situation avec des gens qui semblaient avoir une idée très claire de leurs besoins et de la façon d'y répondre. Ces derniers ont soutenu qu'il y avait d'ores et déjà des signes manifestes de développement communautaire et d'une volonté de guérison et d'autogestion de la santé. Les responsables de ces communautés ont parlé de leurs efforts permanents pour atteindre l'autosuffisance et l'autodétermination au profit de tous, enfants et adultes. Les membres ont également entendu parler de camps d'été, de centres de redécouverte, de programmes de loisirs et de pratiques culturelles, tels que les sueries et les cercles de guérison mis sur pied pour aider les collectivités à atteindre le mieux-être.

Le Comité reconnaît que les individus, les familles et les communautés ont souffert de pertes spirituelles, culturelles, politiques et économiques. Il constate également que les collectivités sont en transition et en sont à différentes étapes de développement. Les témoins ont soutenu que le retour au mieux-être demandera des efforts à long terme à plusieurs niveaux. Le Comité a écouté attentivement les récits d'individus engagés qui parlaient de leurs projets collectifs pour améliorer la santé des Autochtones et a lui-même constaté les efforts déployés par les différentes communautés pour rétablir leur fierté et leur force. Le Comité encourage les collectivités dans leur quête du mieux-être.

CHAPITRE PREMIER : LES PEUPLES AUTOCHTONES

A. Qui sont-ils?

Les peuples autochtones sont issus des premiers habitants du Canada. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes d'Autochtones — les Indiens, les Inuit et les Métis. Ils ont une identité culturelle, linguistique, géographique et juridique distincte.

La population indienne comprend les Indiens inscrits et non inscrits. Les Indiens inscrits sont les personnes enregistrées en vertu de la *Loi sur les Indiens*, une loi fédérale qui leur confère un statut leur donnant droit à certains avantages, par exemple au chapitre des soins de santé, de l'éducation et du logement. Les Indiens non inscrits ne sont pas enregistrés en vertu de cette loi. Ce sont souvent des descendants d'Indiens qui n'ont jamais été inscrits ou qui ont perdu leur statut d'inscrit parce qu'ils sont entrés dans les forces armées ou ont épousé un non-Indien. Ils ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* et ont accès aux services offerts à l'ensemble de la population et selon les mêmes modalités. Les Inuit, autrefois appelés Esquimaux, constituent une petite population d'Autochtones résidant surtout dans les régions septentrionales du Canada. Les Inuit ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* mais, en vertu d'une décision de la Cour suprême du Canada rendue en 1939, certains reçoivent divers services du gouvernement fédéral. Le groupe des Métis comprend les descendants de croisements entre Indiens et Blancs (surtout d'origine française et écossaise). Bien qu'il y ait eu des familles et des communautés métisses dans la région de l'Atlantique au XVII^e siècle, les Métis, en tant que groupe culturel et politique distinct, sont surtout associés aux populations de l'ouest du Canada. Les Métis ne sont pas assujettis à la *Loi sur les Indiens* et ne reçoivent pas du gouvernement fédéral de services de santé qui leur soient particuliers. Comme les Indiens non inscrits, ils ont accès aux services offerts à l'ensemble des gens de leur province ou de leur territoire, ainsi qu'aux programmes fédéraux conçus pour la population en général.

Cette répartition des peuples autochtones entre groupes jouissant d'une reconnaissance constitutionnelle ne reflète pas le caractère particulier de chaque sous-groupe. Les trois grands groupes réunissent des collectivités ayant une histoire, une langue, des pratiques culturelles et des croyances d'un caractère particulier. Du point de vue linguistique, par exemple, la population indienne présente onze grandes familles de langues qui comportent à leur tour des distinctions, de sorte qu'il existe plus de 50 langues indiennes. La population inuit, bien qu'elle partage la même langue, l'inuktitut, des Territoires du Nord-Ouest au nord du Québec et au Labrador, parle divers dialectes régionaux. Les Métis ont développé leur propre langue, le michif, mélange de français, d'anglais, de cri et d'ojibwa, et ils ont des traditions qui reflètent ces diverses cultures.

B. Combien sont-ils au Canada?

Selon le recensement général de 1991, la population autochtone s'élevait à 955 000 personnes, soit environ 3,5 p. 100 de la population canadienne¹. Il y avait 760 000 Indiens, c'est-à-dire près de 80 p. 100 de la population autochtone, dont 500 000 étaient des Indiens inscrits. Le nombre de Métis était estimé à environ 160 000 (soit plus de 15 p. 100 de la population autochtone), tandis que la population restreinte des Inuit ne représentait qu'environ 35 000 personnes (moins de 5 p. 100 de l'ensemble de la population autochtone)².

L'Enquête auprès des peuples autochtones, effectuée par Statistique Canada à la suite du recensement de 1991, établissait la population autochtone à 1 002 675 personnes. Invités à nommer le groupe auquel ils s'identifient, 70 p. 100 des répondants se sont dits Indiens, tandis que les Métis étaient 22 p. 100 et les Inuit, 5 p. 100. Certains ont dit appartenir à plus d'un groupe³.

Les témoins ont signalé des écarts dans les données touchant les peuples autochtones, tant dans celles qui proviennent du recensement que dans les données fournies par les organisations autochtones. Au recensement, par exemple, des particuliers s'identifient à plus d'un groupe autochtone et se disent également d'ascendance non autochtone. Quant aux témoins, alors que les renseignements touchant la population des collectivités ne concernaient parfois que les résidents actuels, d'autres comprenaient les membres qui vivent à l'extérieur de la réserve, de l'établissement ou du village. Le va-et-vient des Autochtones entre leur communauté et les centres urbains où ils vont notamment étudier, se faire soigner ou travailler, pose des difficultés majeures lorsqu'il s'agit de mettre au point et d'offrir des programmes et des services.

C. Où vivent-ils?

Les Autochtones vivent dans toutes les régions du Canada, au nord aussi bien qu'au sud, à l'est comme à l'ouest. Ils se trouvent dans les grands centres urbains et les régions rurales éloignées. Les Indiens sont concentrés davantage dans les provinces de l'Ouest (60 p. 100) et en Ontario (23 p. 100). Plus de 60 p. 100 des Indiens inscrits vivent dans les réserves. La majorité de ces dernières sont situées en région rurale et bon nombre sont isolées. La plupart des Inuit vivent dans les Territoires du Nord-Ouest, un petit nombre seulement résidant dans le nord du Québec et au Labrador. Beaucoup de ces collectivités sont éloignées et ne sont accessibles que par voie aérienne. La

¹ Statistique Canada, *Recensement de 1991: Origines ethniques*, publication 93-315, Ottawa, 1993.

² Santé et Bien-être social Canada, *L'état de santé des Autochtones au Canada*, Ottawa, 1992, p. 7-10.

³ Statistique Canada, *Âge et sexe, Recensement de 1991: Données sur les Autochtones*, publication 94-327, Ottawa, 1993.

La population métisse est principalement concentrée au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. Dans cette dernière province, environ 10 p. 100 des Métis vivent sur des terres qui leur ont été consenties. Ils sont nombreux aussi dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, et on en retrouve de plus petits groupes dans le nord-est de la Colombie-Britannique et le nord de l'Ontario.

Plus de la moitié de la population autochtone du Canada vit dans des collectivités qui ne sont pas des réserves ou des établissements autochtones. Ainsi, le Comité a appris que sur les 21 885 Autochtones de la Nouvelle-Écosse, 16 230 vivent hors réserve, dans les villages, villes et municipalités de la province⁴. Il a aussi appris qu'environ le tiers des Autochtones vivent dans les onze plus grands centres urbains. Ainsi, Kenn Richard, directeur général de *Native Child and Family Services* de Toronto (NCFST), a déclaré devant le Comité que 20 p. 100 de tous les ressortissants des Premières nations en Ontario vivent dans la région de Toronto. Plus précisément, cela représente 40 000 personnes dont 11 000 enfants de moins de 14 ans. La population concentrée à Toronto est diversifiée et comprend des Autochtones d'origine haïda, micmac et cri, entre autres, provenant surtout du nord de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan.(25:4-5) Dans la région métropolitaine de Vancouver, la population urbaine desservie par le Centre d'amitié autochtone est évaluée à 60 000 Autochtones et Métis.(28:13) L'Institut canadien de la santé infantile estime que la proportion d'Autochtones dans de grands centres urbains s'est accrue d'au moins 50 p. 100 entre 1986 et 1991⁵.

D. Dans quelles conditions socio-économiques vivent-ils?

Il existe d'énormes disparités socio-économiques entre les Autochtones et les autres Canadiens et Canadiennes. Ainsi, les peuples autochtones sont moins susceptibles de se retrouver au sein de la population active. L'Enquête auprès des peuples autochtones montre que 68 p. 100 des Canadiens travaillaient en 1991, comparativement à 57 p. 100 des Autochtones. Ces derniers connaissent donc le chômage plus souvent que les autres Canadiens et Canadiennes : alors qu'un peu plus de 10 p. 100 des Canadiens étaient sans emploi en 1991, le taux de chômage pour les peuples autochtones atteignait presque 25 p. 100. Et ce taux varie grandement entre les trois groupes autochtones : en 1991, il s'élevait à 31 p. 100 pour les Indiens des réserves, à 23 p. 100 pour ceux qui vivaient hors des réserves, à 22 p. 100 pour les Métis et à 25 p. 100 pour les Inuit. Dans l'ensemble, la vaste majorité des Autochtones qui

⁴ Chef Dwight Dorey, Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse, *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé* (ci-après *Procès-verbaux*), fascicule n° 29, 23 mars 1995, p. 5-6 (ci-après désigné seulement par numéro de fascicule et de page dans le texte).

⁵ Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada*, chapitre 7, Ottawa, 1994, p. 134.

cherchaient de l'emploi en 1991 ont signalé avoir échoué parce qu'il y avait peu ou pas de travail dans la région où ils vivaient ou parce qu'ils n'avaient pas la scolarité ou l'expérience requises⁶.

Par ailleurs, 13 p. 100 des Autochtones âgés de 15 ans et plus ont déclaré n'avoir touché aucun revenu d'emploi en 1991, comparativement à 9 p. 100 de la population canadienne totale. Environ 64 p. 100 des Autochtones adultes avaient un revenu d'emploi de moins de 20 000 \$, alors que la même réalité s'appliquait à 48 p. 100 des autres adultes canadiens. Une moyenne d'environ 29 p. 100 de toute la population autochtone adulte (42 p. 100 d'Indiens vivant dans les réserves, 25 p. 100 d'Indiens hors des réserves, 22 p. 100 de Métis et 24 p. 100 d'Inuit) a déclaré avoir touché des prestations d'aide sociale en 1991⁷.

En 1991, à peu près 8,3 p. 100 des Autochtones âgés de 15 ans et plus ont indiqué avoir eu de la difficulté à se procurer de la nourriture, pourcentage qui était encore plus élevé chez les Inuit (12,7 p. 100). Au total, 7,7 p. 100 de tous les Indiens vivant dans les réserves et 8,5 p. 100 des Indiens vivant hors des réserves ont déclaré que la quête de nourriture était un problème. Pour les Métis, le problème s'est posé dans 7,5 p. 100 des cas⁸. Même si l'envergure de la pauvreté n'est pas précisément connue, le Comité s'est fait dire à maintes reprises qu'il s'agit là d'un problème majeur pour tous les groupes autochtones.

De plus, les témoins ont souvent précisé que la qualité des logements laissait à désirer. La proportion de logements dépourvus de chauffage central dans les réserves est plus de six fois supérieure au taux canadien et environ de quatre fois supérieure au taux s'appliquant aux Indiens vivant à l'extérieur des réserves. De plus, le nombre de logements surpeuplés chez les familles indiennes surpasse le chiffre relatif aux logements du reste de la population du Canada. Environ six fois plus de logements habités par des Indiens à l'extérieur des réserves sont surpeuplés, cette proportion passant à 15 pour les logements dans les réserves⁹.

Pour ce qui est de la scolarisation, un témoin a signalé que, sur 633 collectivités des Premières nations au Canada, 283 n'étaient dotées d'aucune école. (15:32) Le Comité a également appris que les Autochtones sont moins susceptibles que les autres Canadiens et Canadiennes de prolonger leurs études. En 1991, 17 p. 100 des Autochtones (16 p. 100 d'Indiens, 12 p. 100 de Métis et 38 p. 100 d'Inuit) âgés de 15 à 49 ans, possédaient moins d'une neuvième année. Cinquante pour cent avaient terminé leurs

⁶ Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 — Scolarité, travail et activités connexes, revenu, dépenses et mobilité*, Catalogue 89-534, Ottawa, 1993.

⁷ *Ibid.*

⁸ Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada*, chapitre 7, Ottawa, 1994, p. 136.

⁹ *Ibid.*, p. 137.

études secondaires. Seulement un tiers (33 p. 100 d'Indiens, 34 p. 100 de Métis et 26 p. 100 d'Inuit) avaient suivi des cours au niveau postsecondaire, comparativement à 43 p. 100 des non-Autochtones¹⁰.

D'après Ovide Mercredi, chef national de l'Assemblée des Premières nations, il faudrait, pour redresser les conditions de vie socio-économiques et réaliser le mieux-être des peuples autochtones, s'attaquer aux priorités suivantes :

La première, c'est l'élimination de la pauvreté et la nécessité de créer des possibilités économiques dans nos communautés. La deuxième, c'est de dégager de meilleures ressources pour nos besoins d'éducation, y compris les écoles . . . Il nous faut de meilleurs logements . . . Il nous faut de l'eau propre et salubre.(15:25)

Les témoins autochtones de tous les groupes — Indiens inscrits et non inscrits, Inuit et Métis — ont convenu avec Ovide Mercredi que le développement économique constitue un facteur crucial dans l'évolution de ces collectivités vers le mieux-être.

E. Et qu'en est-il des jeunes?

Dans son Enquête auprès des peuples autochtones, Statistique Canada a constaté que, en regard du pourcentage des jeunes de 15 ans et moins, qui s'établit à 21 p. 100 dans l'ensemble de la population canadienne, le pourcentage des jeunes de ce groupe d'âges qui s'identifient à leurs origines autochtones est beaucoup plus élevé. La population qui s'identifie comme Inuit est plus jeune que celle des deux autres groupes autochtones. Près de 43 p. 100 des personnes s'identifiant comme Inuit ont moins de 15 ans, comparativement à 37 et 38 p. 100, respectivement, de celles qui s'identifient comme Indiens d'Amérique du Nord ou Métis¹¹. Dans un document remis au Comité, Kenn Richard, du NCFST, affirme ce qui suit au sujet de la jeunesse autochtone:

Même si l'ONU a déclaré que le Canada est le meilleur endroit au monde pour ce qui est de la qualité de la vie, la situation réelle des enfants autochtones est peu enviable. En général, les enfants autochtones naissent pauvres et le demeurent durant toute leur enfance. Parmi tous les Canadiens, les enfants autochtones sont les enfants les plus susceptibles de mourir durant l'enfance, de souffrir du syndrome d'alcoolisme foetal, d'être victimes d'exploitation sexuelle, de mourir dans un accident, d'abandonner l'école et de tenter de se suicider à l'adolescence. Presque chaque renseignement statistique de décès qui indique des carences au plan de la santé et du bien-être chez les enfants touche un nombre disproportionné d'enfants autochtones. [. . .] un enfant

¹⁰ *Ibid.*, p. 137.

¹¹ Statistique Canada, *Âge et sexe, données sur les Autochtones, 1991*, publication 94-327, Ottawa, 1993, p. iv.

autochtone a plus de chance d'aller en prison que de terminer des études universitaires. [...] Dans l'ensemble, [...] les enfants autochtones canadiens se classent au même rang que les enfants du tiers monde tant pour ce qui est tant de la qualité de la vie que de la durée de celle-ci¹².

Des porte-parole indiens, métis et inuit d'un bout à l'autre du Canada ont fait part au Comité du besoin urgent de programmes pour les enfants et les jeunes. L'Association nationale des centres d'amitié a souligné à juste titre que le pourcentage élevé de jeunes autochtones de moins de 15 ans et la vulnérabilité de leur situation auront de conséquences sur l'avenir de la population autochtone de même que sur les programmes qui leur sont ou leur seront destinés.

Si certaines collectivités comptent des écoles qui consacrent une énorme somme d'énergie aux programmes pour enfants d'âge scolaire, souvent les services et les installations pour les jeunes et les enfants d'âge préscolaire font complètement défaut. Or, le bien-être actuel et futur des collectivités autochtones du Canada repose inéluctablement sur des jeunes et des enfants en santé. Sharon Rudderham de l'Union des Indiens de Nouvelle-Écosse (UINÉ) a souligné que le bien-être des jeunes et des enfants autochtones est essentiel à la constitution d'un leadership communautaire solide dans les années à venir :

Je sais bien que les chefs et les conseils sont souvent obnubilés par des considérations politiques, les revendications foncières, le logement, l'administration des finances de la bande, etc. Et très souvent, la santé et le bien-être de l'ensemble de la communauté sont tout en bas de leur liste de priorités. Toutefois, pour nous qui sommes des travailleurs de la santé, c'est un des sujets les plus importants, et en particulier la santé holistique de nos enfants. Nous devons toujours nous souvenir que nos dirigeants de demain, ce sont nos enfants d'aujourd'hui. (29:20)

On considère que les jeunes autochtones des centres urbains éprouvent des problèmes particuliers car, vivant dans un monde très différent de celui de leurs parents et de leurs grands-parents, ils se butent à un conflit de culture et de génération. Les jeunes autochtones risquent d'abandonner l'école, d'avoir des confrontations avec leur famille, leur collectivité et le système judiciaire, de consommer des substances chimiques, de se suicider. Les adolescents créent leurs propres mécanismes pour affronter leur milieu et, dans bien des cas, l'alcool, les drogues, la violence, les mauvais traitements et le suicide sont devenus des moyens de faire face à la perte, au changement, à l'inadaptation apparente et au sentiment de non-appartenance. Tous les témoins ont insisté sur le fait que les questions touchant les jeunes, en particulier celles de la santé mentale, de l'intoxication et du taux croissant de suicide et de tentatives de suicide, sont d'une importance capitale.

¹² Kenn Richard, *Aide à l'enfance autochtone en milieu urbain: l'expérience torontoise*, septembre 1994, p. 1.

CHAPITRE DEUX : LES PRINCIPES DU MIEUX-ÊTRE

4. Définition du mieux-être

Les témoins ont maintes fois expliqué au Comité que l'expression «santé mentale» était inadéquate pour définir les multiples problèmes des peuples autochtones. À Kuujuaq, un membre de la collectivité a expliqué que, dans la langue des Inuit, les mots «santé mentale» n'ont pas de signification précise, et qu'on les a traduits en inuktitut par une combinaison de mots signifiant «tranquillité d'esprit». Deborah Jackson du *Saddle Lake First Nation Health Unit* (en Alberta) a déclaré ce qui suit à propos du concept de santé mentale : «Nous ne voulons pas en limiter la définition uniquement à l'esprit, en l'isolant du reste».(28:87) Pour Sharon Rudderham de l'Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse, quand on pense à «santé mentale», on pense automatiquement à «folie».(29:18)

Comme l'ont souligné bon nombre de témoins, la santé mentale ne peut être séparée des autres éléments de la vie d'un individu, des autres facteurs qui produisent chez lui l'équilibre et l'harmonie et qui déterminent son état général de santé et de bien-être. Les peuples autochtones voient généralement la santé ou le mieux-être d'une façon holistique, comme un cercle dans lequel sont en équilibre et en harmonie les forces externes et internes. La plupart du temps, les forces internes ont trait aux aspects spirituels, physiques, mentaux et émotifs de la personne tandis que les forces externes intègrent son milieu social, culturel, économique et politique. La personne est considérée par rapport à son cycle de vie tout entier — enfant, jeune, adulte, personne âgée — et au sein de son univers — famille, collectivité et société. L'accent est d'abord mis sur l'harmonie et l'équilibre au sein de l'individu lui-même, puis entre les personnes et les milieux dans lesquels elles vivent.

Theresa Meuse, coordonnatrice de la santé communautaire de la Première nation de Bear River (Nouvelle-Écosse), a désigné les éléments du mieux-être autochtone comme étant d'ordre mental, physique, spirituel et environnemental :

L'aspect «mental» comprend la pensée positive, l'exercice du jugement, l'exploration de sa créativité, le respect de soi et la compréhension de ses émotions. L'aspect «physique» comporte le respect du corps, l'acceptation de la maladie, les exercices physiques réguliers, la réduction du stress et une saine alimentation. L'aspect spirituel comprend l'apprentissage de la foi, la pratique religieuse, la croyance dans une puissance supérieure [. . .] le respect et l'action de grâce envers la puissance supérieure pour tout ce qui existe. L'aspect «environnemental» comporte le respect de la terre, de l'eau, de la vie humaine et animale, de l'air¹³.

¹³ Theresa Meuse, mémoire présenté au Comité, 23 mars 1995, p. 1.

D'après les témoignages de Métis et d'Inuit, les autres groupes ont une définition semblable de la santé et du mieux-être. Un document sur la santé des Métis présenté au Comité précise en effet ce qui suit :

[. . .] toutes les questions [de santé] sont liées entre elles. La santé est un état que ressent tout le corps, aussi bien que l'esprit. Les personnes sont en santé par rapport à leur famille et à leur milieu social. Nous ne vivons pas dans l'isolement et nous sommes influencés par tous les éléments de notre milieu¹⁴.

Au cours de sa comparution, Roda Grey, coordonnatrice de la santé de Pauktuutit, Association des femmes inuit, a aussi parlé de l'interrelation des problèmes de santé des collectivités :

on ne peut pas isoler un élément en particulier sans tenir compte des nombreux facteurs complexes qui contribuent à l'absence d'estime de soi et au mauvais état de santé mentale des Inuit.(16:26)

B. Habilitation

Cette vision holistique de la santé se fonde sur des assises culturelles traditionnelles, mais elle respecte également des concepts occidentaux contemporains. En effet, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme étant un état de bien-être physique, mental et social complet et non uniquement l'absence de maladie. Plus récemment, la santé en est venue à représenter une notion positive dans le cadre de laquelle l'accent porte tant sur les ressources sociales et personnelles que sur la capacité physique. Elle est perçue comme étant la mesure dans laquelle la personne ou le groupe est capable, d'une part, de réaliser ses aspirations et de répondre à ses besoins et, d'autre part, de modifier son environnement et de composer avec lui¹⁵.

Cette insistance sur l'habilitation, sur la nécessité de voir à ce que les individus aient les ressources sociales et personnelles qui leur permettent d'évoluer vers le mieux-être, a été reprise par le Groupe de travail tripartite sur la santé des Autochtones :

Pour que l'habilitation se matérialise sur le plan de la santé, il faut que chaque personne ait les connaissances et la capacité nécessaires pour faire et influencer des choix, ainsi que pour prendre et influencer des décisions qui mèneront à l'atteinte et au maintien d'un état de santé optimal, et pour

¹⁴ Dianne Kinnon, *La santé concerne toute la personne — Document d'information sur la santé et les Métis*, rédigé pour la Commission royale sur les peuples autochtones, septembre 1993, p. 6.

¹⁵ Santé Canada, *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1986.

comprendre les responsabilités personnelles au chapitre de la santé. L'habilitation sur le plan de la santé est un préalable essentiel au bien-être personnel¹⁶.

Plusieurs témoins ont soulevé le thème de l'habilitation. Grace Morin, travailleuse en service familial de la réserve Hobbema (Alberta), maintient que l'acquisition de connaissances personnelles rend possible l'habilitation au mieux-être : «Il faut donner aux gens les moyens de comprendre et, au besoin, de modifier leurs propres pensées, sentiments et comportements.»(26:6)

D'après Doris Calliou, présidente de l'*Alberta Aboriginal Women's Society* (AAWS) «en donnant plus de pouvoirs aux femmes, on aidera à long terme la communauté toute entière parce qu'en effet dans leurs propres communautés, les femmes peuvent participer à l'élaboration de programmes destinés à régler les problèmes».(28:71) Habilitier les femmes, d'après elle, c'est les pousser au-delà de leur rôle de dispensatrices de services et de soins, les faire sortir d'où elles sont, «à l'arrière-plan, à aider dans l'ombre les organisations dirigées par les hommes dans nos communautés», pour les attirer vers une participation visible et audible dans les groupes de décision.(28:71)

C. Les facteurs du mieux-être

Le Comité a entendu à maintes reprises que la santé d'un individu tient à de nombreux facteurs : l'âge, le sexe, les rapports avec la famille et la collectivité, de même que les particularités géographiques et ethniques. La plupart des témoins soutiennent que ces variables doivent être envisagées dans le contexte plus global de l'environnement culturel, social, économique et politique. «Tous ces facteurs», de dire Judith Bartlett de l'Association des médecins autochtones du Canada, «sont des éléments déterminants pour la santé.»(22:9)

Ce schème de pensée se retrouve dans un récent travail produit par un groupe consultatif fédéral-provincial-territorial, selon lequel tous les gouvernements devraient se concentrer sur cinq catégories connexes de facteurs de la santé qui serviraient de base aux stratégies destinées à améliorer la santé de la population : le

¹⁶ Groupe de travail sur la santé des autochtones réunissant des représentants d'associations autochtones nationales et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, *Rapport aux ministres de la Santé et aux associations autochtones nationales*, Ottawa, septembre 1993, p. 20.

milieu social et économique, le milieu physique, les habitudes personnelles en matière de santé, la capacité et la faculté d'adaptation, et l'accès à des services de santé appropriés¹⁷.

Fraser Mustard de l'Institut canadien des recherches avancées a parlé au Comité de la «santé des populations» et des «éléments déterminants de la santé». Il a fait valoir que, à mesure qu'une société envisage la santé dans l'optique de sa population plutôt que dans celle de la maladie, les problèmes et leurs solutions apparaissent sous un jour différent. Il a insisté sur le fait qu'il existe des liens étroits «entre les mesures que prennent les pays pour créer et distribuer la richesse, ainsi que la qualité de leurs environnements sociaux et son incidence sur la santé et le bien-être de l'individu».(14:11) À l'aide de données provenant de nombreuses études nationales et internationales, il a montré que la condition socio-économique, mesurée par des variables comme le revenu et la scolarité, constitue le facteur le plus important pour la santé d'une population.

Pour M. Mustard, les enfants forment le groupe le plus vulnérable de la population et celui qui réagit particulièrement bien aux interventions précoces. Il s'inspire d'études effectuées au Canada, en Jamaïque et aux États-Unis pour démontrer qu'il est essentiel de bien s'occuper des enfants et de bien les nourrir pour obtenir des adultes sains. Dans l'expérience réalisée à Ypsilanti, au Michigan, où on est intervenu auprès d'enfants à risque de moins de six ans, l'investissement a rapporté puisqu'on a enregistré des taux supérieurs en matière de scolarité et d'emploi et des taux inférieurs pour ce qui est de la criminalité, de la consommation de drogues et des grossesses chez les adolescentes. M. Mustard a calculé que, «pour chaque dollar investi dans ce programme, [. . .] le rendement est de 7 \$ pour la société».(14:27)

M. Mustard souligne également qu'il est important d'assumer collectivement la responsabilité de veiller à ce que les besoins des enfants soient pleinement satisfaits, «parce que les enfants sont élevés par le village et non par les parents».(14:30) Ce point de vue a été souvent repris par des témoins indiens, métis et inuit, lesquels ont insisté sur l'importance de la famille élargie, composée de tantes, d'oncles, de cousins, de grands-parents, de parents et même d'amis proches. Pour eux, c'est la famille élargie, et non la famille individuelle ou nucléaire, qui est la première ressource dans l'éducation des enfants et dans la solution des problèmes de la vie quotidienne.

Madeleine Dion-Stout a expliqué comment la base de toute la culture autochtone met en valeur le sens des responsabilités à l'égard du bien-être des autres. D'après elle, les peuples autochtones partagent une conception multigénérationnelle et transdirectionnelle semblable de la personne. Premièrement, ils se considèrent en

¹⁷ Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Santé Canada, Ottawa, 1994.

apport avec ceux qui sont, ceux qui ont été et ceux qui ne sont pas encore. Deuxièmement, ils s'estiment responsables de leur famille immédiate, de leurs plus proches parents, de la collectivité et du reste du monde¹⁸.

L'importance de la communauté comme facteur déterminant de la santé a été soulignée par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest lorsqu'il a développé sa «stratégie de mieux-être communautaire». Vera Morin, membre du peuple métis, qui a travaillé dans le cadre de cette stratégie, a expliqué au Comité comment les communautés, y compris les Métis, les Inuit et les gens de Premières nations, ont collaboré pour développer une approche holistique et mieux appropriée sur le plan culturel. Le document de consultation territoriale énumère la liste de différentes mesures de la santé d'une communauté :

Dans une communauté en santé :

Les valeurs traditionnelles et la culture sont pratiquées

Peu d'enfants ont besoin d'être pris en charge

Les gens ont accès à des méthodes de guérison et des traitements qui marchent

Les dirigeants de la communauté sont en santé et respectés

La violence familiale s'amenuise

Les gens sont sobres et en santé

Plus de bébés naissent en santé

Plus d'enfants réussissent bien à l'école

Les aînés sont respectés et jouent un rôle important au sein de la famille et de la vie communautaire

Les gens sont plus autonomes

Il y a moins de crimes reliés à l'alcool

Les jeunes ne se suicident pas

Il y a moins de gens en prison¹⁹. [Traduction]

D. Conditions qui nuisent au mieux-être

D'après les témoins, la vie des Autochtones est chaque jour ponctuée de nombreux événements qui rompent le cercle du bien-être et en perturbe l'équilibre. Dans le contexte de la famille élargie et vu l'importance de la responsabilité collective, une rupture du cercle d'un individu peut avoir des conséquences pour toute la famille et même la collectivité. Les Autochtones font face à de nombreuses conditions qui jouent contre eux dans les efforts qu'ils fournissent pour rendre les gens, les familles et les communautés en santé.

Madeleine Dion-Stout qualifie ces conditions de *Keeteemahsoween*, mot cri qui signifie privations ou états de pauvreté qui ne sont pas uniquement matériels. Selon elle, la mauvaise santé mentale chez les Autochtones découle «de tout besoin humain

¹⁸ Madeleine Dion-Stout, Université Carleton, mémoire, p. 2-3.

¹⁹ Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, *Working Together for Community Wellness: A Direction Document*, janvier 1995, p. 34.

fondamental non satisfait, les aliénations de toutes sortes, les divers modes d'oppression, l'exclusion des emplois, le manque d'occasions de s'instruire [. . .], et l'insatisfaction de ces besoins humains fondamentaux cause des pathologies et c'est de là que proviennent, à mon avis, certains de nos problèmes de santé mentale». (21:33)

Dans les présentations faites au Comité, les facteurs de risque qui menacent la santé des peuples autochtones ont été catégorisés de différentes manières. Pour l'Association nationale des centres d'amitié, les facteurs de risque sont de nature spirituelle, matérielle, économique ou politique²⁰, et les expliquer facilite la compréhension des multiples facteurs qui agissent négativement sur le mieux-être des peuples autochtones.

Selon l'Association, les facteurs spirituels englobent la perte des connaissances culturelles et des moyens de les acquérir, lorsque l'absence de contact avec les leaders spirituels a causé une dissociation ou une coupure avec les valeurs spirituelles traditionnelles. Ce point de vue a été corroboré par un bon nombre de témoins qui ont rappelé comment la façon autochtone de comprendre se transmettait traditionnellement par la langue, le chant et la danse et comment, dans bien des cas, ces traditions ont été supprimées au moyen des lois et des coutumes de la culture dominante non autochtone. Pour les Métis, la pendaison de Louis Riel, ordonnée par le gouvernement fédéral, constitue un dramatique exemple de répression. (28:66) Dans le cas des Inuit, la perte des traditions est davantage attribuable au fait que le gouvernement, l'Église et l'école n'ont pas compris la valeur de la tradition orale ou ont rejeté la validité des coutumes ainsi transmises²¹. Quant à la *Loi sur les Indiens*, elle a mis fin à de nombreuses traditions et interdit, notamment, la pratique de nombreux aspects de la médecine traditionnelle. (22:28)

Les facteurs matériels sont liés au fait que de nombreux Autochtones ont régulièrement à composer avec des conditions qui ont des répercussions négatives sur leur santé générale : carences alimentaires, logements insalubres et surpeuplés, violence physique et agressions sexuelles, alcoolisme et toxicomanie. Cette catégorie englobe aussi le manque d'accès aux services de santé, surtout à des services qui seraient adaptés à leur culture, dans le milieu où ils vivent.

Les facteurs économiques mettent l'accent sur les taux élevés de pauvreté, les faibles niveaux de scolarité et les possibilités d'emploi limitées qui touchent un nombre disproportionné d'Autochtones. De telles conditions font naître un sentiment de désespoir et d'impuissance, défavorable au mieux-être.

²⁰ Association nationale des centres d'amitié, mémoire, 15 décembre 1994.

²¹ Pauktuutit, *The Inuit Way: A Guide to Inuit Culture*, n.d.

Les facteurs politiques englobent la façon dont la politique fédérale actuelle peut intervenir pour exclure certains Autochtones des services et des programmes de santé, ce qui limite les possibilités d'épanouissement de collectivités saines. Du fait que les Métis et les Indiens non inscrits ne peuvent jouir des avantages offerts aux autres autochtones, ils sont laissés pour compte.

Deux groupes particuliers d'Autochtones, ceux qui ont fréquenté les pensionnats et ceux qui vivent dans les grands centres urbains, seraient aux prises avec des problèmes particuliers.

Selon des témoins, le système d'éducation en pensionnat est en grande partie responsable des problèmes qu'éprouvent les générations actuelles d'Autochtones. Art Blue, psychologue de l'Association des médecins autochtones du Canada, a expliqué comment les pensionnats avaient privé de leurs facultés d'éducateurs des générations de futurs parents. Il a précisé que les internats, conçus pour changer la culture et le mode de vie, arrachaient les jeunes enfants à leur famille et les plaçaient en situation de dépendance par rapport à leurs tuteurs qui étaient souvent des reclus et des mésadaptés sociaux, au comportement brutal et sans compassion. Ces adultes, que les enfants ont pris pour modèles, ont radicalement modifié «la continuité d'une culture selon laquelle un mode de vie est transmis de génération en génération». (20:43) Le Comité a reçu une quantité de témoignages semblables de la part d'anciens pensionnaires ou des travailleurs communautaires qui s'efforcent de leur venir en aide, à eux et à leurs familles. Andrea Cook, des services médicaux et sociaux d'Akwesasne, précise que ces survivants «n'ont aucun amour-propre parce qu'ils ne savent pas qui ils sont. Ils n'ont pas de compétences parentales. On leur a dit qu'ils ne valaient rien, et leurs enfants apprennent la même chose». (21:15)

Selon certains témoins, les Autochtones vivant dans les centres urbains ou à proximité sont souvent plus exposés aux problèmes liés au stress culturel. Ce point de vue a été exprimé par les porte-parole d'organismes au service des particuliers et des familles dans de grands centres urbains. On a fait valoir que l'isolement culturel conjugué au manque de soutien et de services sociaux, lequel découle souvent d'une hésitation à reconnaître la légitimité des collectivités autochtones urbaines, peuvent entraîner les pires problèmes socio-économiques pour les Autochtones, dont la pauvreté, le désespoir, l'alcoolisme, la violence, les mauvais traitements infligés aux enfants et les agressions sexuelles. D'autres estiment que la transition du milieu autochtone vers un vaste centre urbain peut s'accompagner d'un certain bouleversement social. Il se peut que la famille ne serve plus d'unité de base à la vie communautaire et qu'on en vienne à dépendre pour les soins de santé, l'aide sociale et la justice, de systèmes fondés sur des principes non autochtones. Le fait de vivre au sein d'une culture dominante pousse à délaisser des coutumes et des traditions qui avaient, jusque-là, maintenu la stabilité des cultures autochtones et le sentiment d'appartenance à ces cultures.

Des Autochtones de toutes les régions du Canada ont souligné que leur passé, dans ses aspects tant positifs que négatifs, est un élément essentiel de leur santé. Bobb Smith, directrice de *Dene Nets'edet'an*, l'Association des Indiennes du Yukon, a évoqué devant le Comité la prise de conscience de sa communauté: «Nous ne savions pas si notre histoire pourrait nous expliquer ce dont nous avons besoin aujourd'hui pour assurer un meilleur mode de vie». Pour retrouver le mieux-être, «il fallait récupérer notre identité. Nous devons savoir qui nous étions jadis. Nous devons comprendre ce qui nous avait détruits. Il fallait que nous sachions qui nous étions avant de faire des progrès et nous tourner vers l'avenir.»(28:42)

CHAPITRE TROIS : ATTEINTE DU MIEUX-ÊTRE HOLISTIQUE

A. *Le rôle des collectivités*

Au cours de ses audiences et lors des visites qu'il a effectuées dans des communautés autochtones, le Comité s'est fait maintes fois répéter que les approches, les programmes et les services visant le mieux-être des Autochtones doivent être axés sur la collectivité. Selon les témoins, ils doivent répondre aux besoins particuliers de cette dernière, être conçus par ses membres et, quand c'est possible, mis en oeuvre par eux.

De l'avis de Richard Saunders, membre de la Commission de la santé des Premières nations de l'Alberta, bien que le gouvernement fédéral ait un rôle à jouer, il ne serait pas opportun que celui-ci participe directement à la définition des problèmes et à la conception des solutions. À propos du ministère des Affaires indiennes et du Nord ainsi que de Santé Canada, le témoin a affirmé que : «des personnes de l'extérieur, pleines de bonnes intentions et très souvent hautement qualifiées, ont essayé de comprendre les problèmes d'une communauté, de les définir, d'élaborer des solutions, sans que le problème ne puisse être réglé. Ces personnes se demandent pourquoi leurs solutions ne sont pas efficaces.»(28:58) Il a souligné que seule la communauté peut vraiment définir quels sont ses problèmes de santé:

[Ce n'est pas] aux fonctionnaires d'Ottawa ou même aux chefs politiques ou à des organismes comme le mien. Et je dis cela avec [...] respect [...] Le problème varie énormément d'une communauté à une autre. La situation dans une communauté Maliseet des Maritimes diffère tout à fait de celle d'une communauté Haïda des îles de la Reine-Charlotte. Considérer que ces deux communautés fonctionnent de la même façon, c'est comme envisager l'Europe, comme si tous ces pays peuplés de Blancs éprouvaient les mêmes problèmes. Le problème de la Roumanie n'est pas le même que le problème de l'Irlande. C'est un fait. Seules les communautés elles-mêmes peuvent définir exactement quel est leur problème, quoi que l'on dise.(28:58)

De la même façon, une fois qu'elle a défini ses problèmes, la communauté doit choisir les solutions appropriées. Et, rappelons-le, ce qui convient à une communauté peut ne pas convenir à une autre. Chris Corrigan, analyste principal des politiques à l'Association des Centres d'amitié des Indiens de la Colombie-Britannique, l'a aussi souligné en disant qu'il faut chercher «des solutions qui viennent de la base, qui répondent aux besoins des collectivités».(28:17)

Nancy Peel, de la *Northwest Territories Métis Association*, a souligné que les programmes et les services dirigés par le gouvernement accroissent la dépendance. Selon elle, les collectivités, pour retrouver leur fierté, ont besoin d'avoir de l'autorité, des pouvoirs et un contrôle sur les décisions. À l'heure actuelle, si un programme échoue, la collectivité peut en blâmer le gouvernement :

Ils n'assument la responsabilité ni du succès ni de l'échec du programme. Ils disent que c'est le gouvernement qui l'a créé. Ça ne marche pas. C'est la faute du gouvernement. Si au contraire les gens proposent un programme qui réussit, ils vont s'en féliciter et en être fiers. Si c'est un échec, ils pourront rechercher les causes.(28:82)

De nombreux témoins ont affirmé que les programmes les plus efficaces sont ceux qui sont élaborés et réalisés au niveau de la collectivité, par ses membres, et qu'ils doivent être évalués de concert avec les peuples autochtones. Maggie Hodgson, de l'Institut Nechi (Alberta) a fait remarquer qu'étant donné la nature récente de bon nombre de programmes, il importe d'effectuer une évaluation qualitative plutôt que quantitative. Elle a suggéré en outre que le CEC et Santé Canada créent en partenariat un programme pour former des évaluateurs autochtones. À son avis, il serait dommage de ne pas donner «à notre communauté les moyens nécessaires pour s'auto-évaluer et évaluer ses programmes. De graves erreurs ont été commises dans le cadre du PNLAADA tel que conçu au départ, notamment l'omission d'une évaluation au niveau communautaire.»(20:9)

Il a souvent été proposé que le succès ou l'échec de certains programmes et services, c'est-à-dire leur efficacité, soit évalué par les membres de la collectivité. La plupart des témoins estiment que les collectivités pourraient acquérir l'aptitude de le faire grâce à l'éducation et à la formation, deux éléments jugés essentiels à l'habilitation individuelle et communautaire. Selon Doris Calliou de l'*Alberta Aboriginal Women's Society*, les femmes, en raison de leur rôle particulier, devraient recevoir la formation nécessaire pour «évaluer et élaborer des programmes pour leurs propres collectivités, de manière à disposer d'outils efficaces au moindre coût permettant de responsabiliser les gens et de répondre aux besoins de ces collectivités.» (28:74)

Des témoins ont souligné la nécessité de critères souples de financement pour les programmes gouvernementaux afin que les besoins, tels qu'évalués par la collectivité, soient pris en compte. Par exemple, Chris Corrigan, de l'Association des centres de l'amitié des Indiens de la Colombie-Britannique, s'inquiète du refus du gouvernement fédéral de financer des thérapeutes de reconstruction familiale auxquels les collectivités ont fait appel et qui travaillent déjà à leur service. Le témoin s'est interrogé sur l'utilité d'exclure les individus qui utilisent des approches traditionnelles parce qu'ils ne figurent pas sur la liste des thérapeutes accrédités approuvée par le ministère.(28:17)

B. Approches du mieux-être

Des témoins ont exprimé l'avis que la démarche vers le mieux-être doit s'appuyer à la fois sur l'approche traditionnelle et sur l'approche occidentale. Selon Deborah Jackson, directrice des services de santé mentale de la Première nation de Saddle Lake en Alberta, «les gens cherchent diverses façons de guérir, la façon traditionnelle, la

façon contemporaine, la thérapie, les groupes d'appui religieux». (28:92) Elle a signalé au Comité que des «membres de nos bandes suivent une thérapie individuelle, une thérapie de groupe et une thérapie familiale [. . .] Bon nombre de nos membres veulent recevoir une aide traditionnelle. Il y a de nombreuses cabanes à suer dans notre collectivité.» (28:89)

Ainsi l'intervention porteuse du mieux-être peut prendre de nombreuses formes. Outre le traitement de cas précis et les soins après traitement, la promotion du mieux-être holistique et la prévention de problèmes particuliers de mauvaise santé mentale exigent des interventions de nature à la fois générale et spécifique. Les approches occidentales ont recours à une combinaison d'interventions qui englobent l'éducation, les médicaments et la thérapie sous surveillance pour contrer les effets de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de la violence familiale et du suicide. Les approches autochtones traditionnelles font usage d'herbes et de préparations végétales et animales. Les méthodes de guérison traditionnelles peuvent aussi comporter une diète, le jeûne, la méditation, le counselling spirituel, l'autosuggestion et l'interprétation des rêves. Elles peuvent aussi comprendre des consultations et un traitement individuels, des cérémonies de groupe (cabanes à suer, cercles de guérison, *pow-wow*, cercles de tambour, danses du soleil), les ateliers communautaires et la promotion et l'enseignement des modes de vie traditionnels.

De nombreux témoins ont souligné que les aînés autochtones jouent un rôle primordial dans la promotion du mieux-être, la prévention des problèmes de santé mentale et le traitement. Dans nombre de collectivités, les aînés sont des modèles de comportements qui favorisent une bonne santé, la prévention en matière de santé et le sens de la responsabilité sociale. Madeleine Dion-Stout, du Centre d'éducation autochtone, Recherche et culture, à l'Université Carleton, a décrit de la façon suivante les aînés autochtones :

Pour les peuples autochtones, les aînés authentiques sont des modèles vivants de transcendance, c'est-à-dire qu'ils représentent la quintessence de l'expérience humaine dans un esprit en éveil.(. . .) Les véritables aînés aujourd'hui ne sont pas nécessairement des personnes âgées; il s'agit plutôt d'individus considérés comme ayant de nombreux dons leur permettant de remplir des rôles multiples. L'aîné remplit de nombreuses fonctions outre celle de leader. Il est également détenteur de l'histoire orale, enseignant, travailleur culturel, écologiste et guérisseur²².

En outre, les porte-parole de tous les groupes ont souligné l'importance des guérisseurs traditionnels chez les Autochtones. Qu'on les appelle guérisseurs ou chamans, dans de nombreuses collectivités indiennes, métisses ou inuit, ils ont joué un rôle important et ont été respectés. Lea Bill, guérisseuse traditionnelle de l'Alberta, a

²² Madeleine Dion-Stout, mémoire, p. 2-3.

fourni les explications suivantes sur le champ d'action des guérisseurs: «Il y a le guérisseur spirituel, le guérisseur thérapeutique, qui fait du counselling, qui conseille, le guérisseur biomédical, notamment celui qui soigne avec des herbes médicinales et en manipulant le corps pour y rétablir l'équilibre et, enfin, l'enseignant».(22:6) Le docteur Clare Brant, psychiatre de l'Association de la santé mentale des Autochtones du Canada, a déclaré au Comité qu'il était plus rapide de fréquenter une école de médecine pendant quatre ans que de faire pendant 30 ans l'apprentissage requis pour devenir guérisseur traditionnel.(21:11)

Les efforts déployés pour atteindre un mieux-être holistique dans les collectivités autochtones dépendent de différentes personnes ayant des formations diverses. On a recours aux méthodes traditionnelles, mais aussi à des personnes ayant une formation universitaire ou collégiale, comme les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières et infirmiers. D'autres individus suivent une formation (dans le domaine de la violence familiale, de l'abus des drogues et du suicide) pour devenir conseillers ou représentants en santé communautaire. Des établissements autochtones, comme l'Institut Nechi en Alberta ou Sal'i'shan, en Colombie-Britannique, ou encore des cours spéciaux dispensés dans des institutions éducatives existantes, comme l'Institut des sciences appliquées et des technologies de la Saskatchewan, sont en mesure d'offrir une formation adaptée aux besoins de la collectivité.

Une question se pose à propos du mieux-être holistique, celle de savoir si les méthodes de soins traditionnelles et les méthodes occidentales peuvent se fondre afin d'offrir des solutions aux nombreuses préoccupations auxquelles font face les collectivités autochtones. Les témoins préviennent qu'il faut étudier tant les points faibles que les points forts des deux approches. De l'avis de Madeleine Dion-Stout, même si «les démarches culturelles et la spiritualité jouent un rôle important, [. . .] il ne faut pas trop idéaliser l'ensemble de ce retour aux traditions. Au nom de notre sens de l'éthique, nous ne devons jamais cesser d'observer le mouvement d'un oeil critique».(21:35) Les approches occidentales en matière de traitement doivent aussi faire l'objet d'une évaluation critique, fondée sur des «observations concrètes».

L'Association des médecins autochtones du Canada a également fait valoir certaines préoccupations. Au cours des audiences, ses représentants ont souligné qu'il est difficile de définir ce qu'est la médecine traditionnelle et qui en sont les praticiens. Ils ont mentionné qu'il n'y avait pas de normes communes en médecine traditionnelle. Même s'il faut se montrer prudents dans l'identification des guérisseurs traditionnels authentiques, ils affirment qu'ils accueilleraient volontiers ceux qui le sont. Selon eux et selon d'autres, les pratiques, qu'elles soient traditionnelles ou occidentales, doivent faire l'objet d'évaluations appropriées pouvant démontrer qu'elles produisent les résultats attendus sur le plan de la santé.

Plusieurs témoins ont fait valoir que la renaissance des traditions et de l'identité autochtones ne signifiait pas que l'on refusait ou que l'on niait le progrès: «[...] retrouver son identité autochtone ne signifie pas que les gens en cause veulent retourner aux anciennes techniques. À l'inverse, l'adoption de nouvelles techniques ne signifie pas qu'ils abandonnent les pratiques et les institutions traditionnelles qui les ont servis»²³.

C. Dimension culturelle des services

Au sujet des services auxquels les Autochtones doivent avoir accès, le Comité a entendu employer maintes fois, au cours de ses travaux, les expressions de services «liés», «sensibles» ou «adaptés à la culture», qui «conviennent à la culture», qui en «tiennent compte» ou qui lui soient «propres». Bien que ces notions comportent des différences explicables, dans une certaine mesure, par le degré d'intégration ou l'intensité d'utilisation des approches traditionnelles dans le processus global de guérison, les témoins semblaient vouloir insister avant tout sur la nécessité de tenir compte de leur expérience et de leurs traditions culturelles dans la conception et la mise en oeuvre des services. Étant donné que les groupes autochtones ne sont pas homogènes, les méthodes de guérison axées sur la culture peuvent varier d'une région à l'autre, au sein des nations indiennes, métisses et inuit, et même d'un groupe linguistique à l'autre au sein d'une même nation.

Shirley Morrison, du centre de santé Anishnawbe de Toronto, s'est employée à faire ressortir la différence entre des services «fondés sur la culture» et des services «culturellement adaptés». Le Comité a appris que la première expression signifie que la vision, les principes, les programmes offerts et les rapports qui existent au sein de l'organisme qui les offre sont ancrés dans les valeurs autochtones traditionnelles. Voici ce qu'en dit en outre Shirley Morrison: «Pour une organisation de santé autochtone, cela signifie que les approches traditionnelles de la santé et les guérisseurs traditionnels sont au coeur de l'organisation et représentent les premières méthodes de soins utilisées. Cela signifie que les praticiens de la médecine occidentale tels que médecins, infirmières et psychologues, jouent un rôle secondaire, complémentaire.»(20:18) Une organisation est dite «adaptée ou sensible à la culture» quand elle offre des programmes et services qui reconnaissent l'existence des différences culturelles, qui en tiennent compte ou cherchent à les compenser.

Pour certains témoins, des services sensibles à la culture sont ceux qu'on peut obtenir avec l'aide d'un interprète ou qui sont prodigués par des travailleurs autochtones. D'autres s'attendent à ce que des services sensibles à la culture relèvent d'une approche qui conjugue les méthodes de guérison occidentales et traditionnelles. Le centre de

²³ Madeleine Dion-Stout, mémoire, p. 4.

traitement Saputjivik de North West River (au Labrador) constitue un exemple d'organisme ouvert aux différences culturelles: bien que le personnel se compose en majorité de non-Inuit, quelques conseillers inuit en font partie et un aîné en résidence prend part aux séances de groupe. Par contre, le centre de traitement *Poundmaker's Lodge* à St. Albert (Alberta) et le centre de traitement Lone Eagle de Big Cove (Nouveau-Brunswick) sont reconnus comme des centres fondés sur la culture: ils ont tous deux été fondés et sont gérés par des Autochtones, leur personnel se compose d'Autochtones et leur programme de soins, basé sur les cérémonies traditionnelles, comprend la cabane à suer, la cérémonie du calumet, celle du foin d'odeur et des séances avec un aîné. Tout au long de ses audiences, le Comité a recueilli de nombreux exemples d'autres cas où des pratiques culturelles sont utilisées efficacement.

Dans l'ensemble, les témoins ont suggéré au Comité plusieurs mesures pour poursuivre la démarche vers le mieux-être chez les peuples autochtones. Ils ont souligné la nécessité de programmes et de services de promotion, de prévention et de traitement conçus par les peuples autochtones. Ces services devraient être culturellement appropriés et, de préférence, fondés sur la culture. La formation des travailleurs pour ces programmes et services doit tenir compte des diverses cultures et traditions des peuples autochtones.

D. Action particulière auprès des enfants et des jeunes autochtones

Au cours des audiences et des visites du Comité, les peuples autochtones ont souligné qu'il fallait une action particulière pour répondre aux besoins de la forte proportion de jeunes dans les collectivités autochtones. Tous, depuis les tout-petits jusqu'aux jeunes adultes, ont besoin de ressources pour étayer leur formation physique, émotive, spirituelle et mentale en fonction de l'avenir. Au cours des visites du Comité, les membres des collectivités ont insisté sur le fait que l'absence d'activités récréatives laisse les enfants et les adolescents démunis et oisifs. Par conséquent, ils sont laissés à eux-mêmes et doivent trouver seuls à s'occuper; malheureusement, certaines des activités qu'ils pratiquent sont dangereuses et malsaines.

Le Comité a entendu parler de projets intéressants conçus pour les jeunes autochtones. Par exemple, la *Northern Fly-In Sports Camp Inc.* offre aux jeunes des programmes qui leur permettent, soit de suivre une formation d'animateur, soit de pratiquer des activités de plein air, des sports, des activités nautiques ou la création artistique, dans les localités du nord du Manitoba. Partout où les programmes sont offerts le taux de criminalité a chuté et l'état d'esprit des jeunes qui y ont participé s'est transformé. Comme l'a dit Neil Winther de l'Université du Manitoba : «C'est la première fois en Amérique du Nord que l'on prouve que le sport et les loisirs peuvent avoir un effet dissuasif à l'égard de la criminalité».(28:119)

L'*Aboriginal Sports and Recreation Association* de la Colombie-Britannique est une organisation enracinée dans la communauté et gérée par elle qui existe depuis près de trois ans. Elle se sert des sports et des loisirs pour enseigner la prévention. Comme l'a raconté Jeff Reading au Comité : «À notre avis, les activités physiques et les loisirs font partie d'un mode de vie sain et holistique. Nous procédons à la base. Nous essayons également d'assurer une meilleure santé mentale. Le meilleur endroit où commencer c'est avec les jeunes».(28:29-30)

La Fondation *Rediscovery International* offre une expérience culturelle de plein air à tous les jeunes, autochtones ou non, garçons ou filles, qui se base sur l'harmonie avec la nature préconisée par les cultures indigènes. L'existence de *Rediscovery* a influencé l'avenir de Katharina Palmer. Le programme lui a fait voir le racisme qui l'entourait et sa propre culture haïda dans une nouvelle perspective. Elle a cité Bill Reid selon lequel *Rediscovery* «aide les jeunes dont l'univers personnel semble vide et chaotique à découvrir que l'ordre peut exister dans leur vie et dans leur monde».(28:32)

Lorna Williams, spécialiste de l'enseignement aux Premières nations au Conseil scolaire de Vancouver, a raconté comment le Conseil avait fait un effort considérable pour ouvrir les écoles aux familles autochtones. Selon elle : «Nous avons choisi de le faire parce que nous savons que c'est avec la participation des familles que nous pouvons améliorer les choses en ce qui concerne l'éducation des enfants et que nous pouvons mieux les préparer à la vie après les études».(28:51) L'école Grandview à Vancouver est un exemple des choses nombreuses qu'une école peut faire pour les élèves autochtones : son personnel comprend des Autochtones; elle fournit le petit déjeuner et le lunch et envisage même d'offrir un semblant de souper; elle a mis au point un programme d'orientation exhaustif qui inclut les familles; elle organise des potlachs et d'autres activités culturelles.

CHAPITRE QUATRE : PRÉOCCUPATIONS MAJEURES DES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES

A. *Violence physique et abus sexuels*

1. Information générale

Même si l'incidence de la violence physique et sexuelle varie selon les collectivités et bien qu'on ignore l'étendue exacte du problème, les témoignages dont le Comité a été saisi laissent entendre qu'il s'agit d'un problème majeur au sein des collectivités autochtones. Selon Emma D. Larocque²⁴, environ huit femmes autochtones sur dix sont victimes de violence et un nombre de plus en plus grand d'entre elles (adultes, adolescentes et enfants) font l'objet de violence physique et d'abus sexuels. L'auteur signale aussi que le nombre d'enfants victimes d'abus sexuels atteint des proportions épidémiques. Voilà des données très inquiétantes, étant donné que les enfants représentent l'avenir des communautés autochtones.

La violence et les abus peuvent être exacerbés par d'autres problèmes comme l'alcoolisme et la toxicomanie. Des témoins ont également soutenu que la violence physique et sexuelle se transmet souvent de génération en génération: dans bien des cas, les agresseurs ont eux-mêmes été violentés dans le passé. De plus, des témoins ont affirmé que l'isolement, l'éloignement et le manque d'accès à des services appropriés ont également contribué à perpétuer la violence et les abus. Ainsi, à Rigolet, village d'à peine 200 habitants, il n'y a pas de policier à qui une victime d'agression sexuelle pourrait s'adresser et, en cas d'urgence, la GRC met en moyenne 45 minutes pour se rendre par avion dans cette localité. Par conséquent, on ne signale pas, en général, les cas de violence familiale et d'abus sexuels, et les agresseurs ne sont pas poursuivis.

2. Situation actuelle et solutions proposées

Dans le cadre de l'Initiative de lutte contre la violence familiale, le gouvernement fédéral a, depuis la fin des années quatre-vingt, financé certaines activités en vue de combattre la violence dans les collectivités autochtones. En 1991, le ministère des Affaires indiennes et du Nord a touché 22 des 136 millions de dollars destinés à lutter contre la violence familiale, alors que d'autres ministères ont également engagé des fonds à l'intention des peuples autochtones relevant de la compétence fédérale. Il existe aussi une plus grande interaction et de meilleures liaisons entre les collectivités, la GRC et d'autres organismes fédéraux et provinciaux. Certains crédits servent à

²⁴ Emma D. Larocque, *La violence au sein des collectivités autochtones*, Santé Canada, Ottawa, mars 1994.

mettre au point des programmes ou à former des intervenants dans ce domaine. En outre, des programmes de lutte contre la violence physique et sexuelle sont mis en oeuvre au niveau communautaire avec l'appui des gouvernements provinciaux.

Au cours des audiences, beaucoup d'Autochtones ont estimé que pour régler de façon efficace les problèmes de violence, les solutions devaient se fonder sur leur définition holistique du mieux-être et s'inspirer de leur culture. En particulier, des témoins sont d'avis que, premièrement, les solutions ne doivent pas contribuer à isoler les problèmes les uns des autres; ces problèmes nécessitent des stratégies d'intervention globales. Deuxièmement, même si les peuples autochtones veulent mettre fin aux situations abusives, ils souhaitent tout autant maintenir la cohésion de la famille et de la collectivité. Troisièmement, comme la violence et les abus sont souvent une question intergénérationnelle, des témoins signalent que les interventions doivent viser toutes les étapes de la vie de l'agresseur. Par-dessus tout, les communautés autochtones sont convaincues de l'utilité d'une approche holistique à la guérison en matière de soins offerts à la personne, à la famille et à la collectivité.

Les collectivités autochtones ont déjà pris certaines mesures pour mettre fin à la violence et aux abus. Les organisations de femmes autochtones se prononcent de plus en plus ouvertement contre les actes d'abus et de violence commis par des hommes, autochtones ou non-autochtones. Veilles, marches, conférences, réunions, ateliers et séances d'information sont organisés dans les collectivités pour lutter contre la violence physique et sexuelle. Au cours des visites, l'engagement des femmes autochtones et le rôle important qu'elles jouent pour faire échec à la violence physique et sexuelle étaient manifestes. Des communautés ont mis au point et continuent à instaurer des programmes et des services qui puisent dans leurs traditions et sont conformes à leur culture, afin de combattre les diverses formes de violence. En Nouvelle-Écosse, par exemple, le *Mi'kmaq Family and Children Services* d'Eskasoni, au Cap-Breton, offre des services d'urgence et toute une gamme de services dont des séances de counselling conjugal et familial où le bâton de parole est utilisé pour aider les membres de la famille à mieux communiquer entre eux.

Le chef du conseil de bande de Chapel Island, en Nouvelle-Écosse, Noël Doucette, a donné un bon exemple des résultats qu'on peut obtenir lorsque les dirigeants sont informés des problèmes de violence physique et sexuelle, et lorsqu'il y a collaboration avec les autorités judiciaires. Il a expliqué qu'au Cap-Breton, une force policière autochtone a été constituée parce que les dirigeants de la collectivité s'inquiétaient du fait que les personnes qui déposaient des plaintes auprès du système officiel pour abus de toute sorte n'étaient pas entendues. Il a affirmé que depuis la formation de ce corps policier en décembre 1994, il y a eu un «déluge» de plaintes d'abus sexuels et de violence familiale. Dans certains cas, les appels téléphoniques ont augmenté de 80 p. 100 en regard des années antérieures. Les chefs des Maritimes se réunissent régulièrement pour traiter des questions de violence.(25:16) Le sergent Pierre Lemonde, de la GRC, a parlé au Comité du partenariat qui se développe depuis 1990

entre la GRC et la police autochtone de Big Cove, au Nouveau-Brunswick. Selon M. Lemonde, ce partenariat a permis aux agents de la GRC de mieux comprendre la culture autochtone et, par conséquent, de se sentir mieux en mesure d'affronter les problèmes particuliers de la communauté.(29:57)

À Vancouver, les membres du Comité ont appris l'existence, depuis trois ans, d'un projet pilote que le *Helping Spirit Lodge* a implanté pour lutter contre la violence conjugale chez les Autochtones. Son but est d'amener les hommes à s'exprimer et à analyser leur opinion des femmes et d'eux-mêmes. Cedric Jones a pris part au programme autochtone de lutte contre la violence conjugale, expérience qu'il a relatée au Comité. Après avoir vu une affiche d'information, il s'était inscrit au programme pour y chercher de l'aide. Il a depuis retrouvé son équilibre émotif grâce à ce programme qui l'a aussi aidé sur le plan spirituel et intellectuel et qui lui a permis de se réorienter. Il a suivi des cours et sert maintenant de conseiller dans un foyer de réinsertion pour hommes.(28:24-25) La directrice du programme, Sandra McKay, a expliqué au Comité que les services correctionnels dirigent maintenant vers ce programme un plus grand nombre d'hommes en libération conditionnelle. Les fonctionnaires ont constaté que l'incarcération coûte 125 \$ par jour sans que le détenu ait la possibilité d'affronter son problème de violence, alors que sa participation au programme ne coûte que 4 \$ par jour.(28:26)

À Winnipeg, le centre *Ma Mawi Wi Chi Itata* offre, dans le cadre d'un programme de lutte contre la violence familiale, une gamme complète de services à tous les membres de la famille. Son approche est holistique et basée sur les préceptes de la roue-médecine. Le centre procure en outre divers services aux hommes autochtones incarcérés à la prison fédérale de Stoney Mountain. «La popularité croissante de notre programme, dit Robert Decoste, est directement liée à sa composante culturelle.» Celle-ci «peut être adaptée à n'importe quelle région, culture ou société». Jusqu'ici, à part les Autochtones, le programme a accueilli des gens du Sri Lanka, de la Jamaïque et des Philippines.(28:113-114)

La Maison de transition des femmes autochtones de Winnipeg «veut procurer aux femmes et aux enfants autochtones une famille nourricière élargie où l'on encourage la connaissance de soi et de ses racines, le respect des traditions et la recherche de son identité».(28:135) Outre le counselling individuel, des services dans le domaine juridique et médical ainsi que dans celui de la protection de l'enfance, le centre offre des cours sur divers sujets comme le rôle des parents, l'affirmation de soi, la nutrition, la violence et la toxicomanie, ainsi que des séances de récits d'histoires pour les mères et leurs enfants. Vu son approche fondée sur les besoins des femmes et la culture

autochtone, le centre constitue une famille élargie où le personnel et les pensionnaires «deviennent des soeurs, des mères et des tantes qui donnent les soins et l'affection que l'on trouve au sein d'une famille où l'on se soutient mutuellement». (28:135)

3. Obstacles au mieux-être familial

Cependant, il y a lieu de faire davantage. Le Comité s'est fait dire à maintes reprises, qu'il faut d'autres programmes d'éducation et de sensibilisation pour expliquer aux gens ce qui constitue une situation abusive et quels sont les services offerts aux collectivités. En fait, au cours des audiences et lors des visites que le Comité a effectuées, beaucoup de témoins ont soutenu que l'un des plus gros obstacles, au sein des collectivités autochtones, réside dans la négation du problème ou son acceptation en tant que phénomène «normal». Melanie Omeniho, de la *Women of the Métis Nation Alliance* (Alberta), s'est exprimée ainsi: «Très souvent dans notre collectivité, certains refusent de reconnaître ou d'identifier l'agression. Lorsqu'on leur donne des exemples, qu'on leur démontre l'existence de l'agression, ils ne croient pas que cela représente un problème. Il est donc très difficile d'aider les femmes et les enfants quand très souvent ils assument la responsabilité de cette agression.» (25:13)

Pour d'autres témoins, c'est la peur qui constitue un obstacle. En général, dans les petites localités éloignées, les voisins et amis refusent de prêter secours à une victime d'agression de peur que l'agresseur ne se retourne contre eux ou leurs enfants. Une Inuit de Kuujuaq, dans le nord du Québec, a révélé au Comité qu'une femme violentée a très peu de choix lorsqu'elle veut laisser son mari: de façon générale, elle doit quitter sa famille, son milieu et, parfois, sa région par crainte de la réaction de son conjoint. Elle a raconté au Comité son expérience en matière de violence familiale et dit qu'à cause de ce reniement, il lui a fallu attendre près de dix ans avant d'être réintégrée et acceptée dans sa communauté. D'autres femmes autochtones ont déclaré au Comité qu'étant donné la petite taille de plusieurs collectivités constituées de familles élargies, le fait de s'adresser à la police peut engendrer la division.

Bien que les Autochtones aient accès aux refuges et aux maisons de transition offerts par le système de la culture dominante, de nombreux témoins soutiennent que ces services ne sont pas adaptés à leur culture et à leur mode de vie: peu au courant de leur vie familiale et communautaire, les fournisseurs de services et les conseillers n'accordent souvent aucun intérêt aux valeurs, aux croyances et aux enseignements des Autochtones. Melanie Omeniho a affirmé que ce problème touche de façon particulière les Métis parce qu'ils doivent souvent recourir au système dominant pour obtenir de l'aide. L'Association nationale des centres d'amitié a exprimé un point de vue semblable au sujet des Autochtones qui vivent en milieu urbain.

En outre, de nombreux témoins ont insisté sur l'urgence de mettre au point des programmes conçus pour venir en aide aux contrevenants ou aux agresseurs. Ainsi, le Comité a appris qu'en Nouvelle-Écosse, cinq femmes avaient été assassinées en 1991

après leur séjour dans une maison de transition par leur partenaire ou leur époux. Dans tous ces cas, le partenaire masculin n'avait fait l'objet d'aucun traitement ni d'aucune intervention. Les femmes autochtones sont d'avis que les contrevenants sont ceux qui ont le plus besoin d'aide si l'on veut briser le cycle de la violence. Aux yeux des Autochtones, il faut traiter non seulement la victime mais aussi l'agresseur. Le processus de guérison holistique débute d'abord par la femme, puis atteint la famille et, enfin, la collectivité.

À l'instar de beaucoup de femmes autochtones, Melanie Omeniho a exprimé quelques inquiétudes au sujet des interventions policières: «Les policiers traitent les victimes avec méfiance et souvent les agressent même. Ils laissent l'agresseur et la victime vivre dans la même communauté et la victime vit l'enfer et n'a pas la protection nécessaire pour se mettre à l'abri de toute autre forme d'agression. La victime hésite donc à communiquer avec les policiers s'il y a un autre incident.»(25:13) À son avis, les interdictions de récidiver sont inefficaces et coûteuses. Puisqu'ils ne sont pas toujours sur place dans les collectivités éloignées, «lorsque les policiers arrivent pour faire appliquer une ordonnance de ne pas faire, les familles sont bien souvent déjà en danger et se sont trouvées dans une situation où leur vie était en péril».(25:13)

La plupart des témoins ont aussi insisté sur la gravité de la violence faite aux enfants et sur l'absence de programmes. Sarah, une femme entendue au centre de traitement Saputjivik de North West River, a affirmé que les enfants inuit ont besoin d'aide, qu'ils ont besoin de communiquer et de faire connaître leurs problèmes, et qu'il devrait y avoir à l'école des conseillers pour s'occuper des enfants victimes de violence.

Enfin, de nombreux témoins ont signalé au Comité que les travailleurs communautaires sont tendus, surmenés et mal rémunérés. D'une part, certaines localités autochtones sont éloignées et les travailleurs doivent consacrer beaucoup de temps aux déplacements. Quelques-uns doivent parfois s'occuper de victimes qui font partie de leur famille élargie. D'autre part, il semble que le personnel féminin des refuges comme ceux qui font partie du programme micmac de traitement familial, en Nouvelle-Écosse, touche une rémunération inférieure (de 20 à 25 p. 100) à celle des employés provinciaux qui font le même travail. Les premières n'entrent pas dans la catégorie provinciale mais relèvent plutôt d'un programme fédéral.

B. Abus d'alcool et de drogues

1. Information générale

Dans bien des collectivités autochtones, l'abus de stupéfiants constitue un problème grave qui semble se conjuguer à d'autres problèmes sérieux comme le suicide et la violence familiale. Selon Pat Shirt, de *Poundmaker's Lodge*, il ne fait aucun doute que

l'alcoolisme et la toxicomanie constituent les problèmes sociaux les plus graves parmi les peuples autochtones, à l'heure actuelle, et qu'ils ont des conséquences très sérieuses en termes de perte de vie. L'abus de l'alcool et de drogues est en effet le premier facteur de décès au sein des collectivités autochtones au Canada.(24:5-6) Plusieurs témoins estiment que le déracinement social, politique, économique et culturel auquel font face de nombreux Autochtones, ainsi que la perte d'identité, de foi et d'appartenance, la piètre estime de soi, l'oppression culturelle et le stress ethnique qui en résultent constituent les facteurs déterminants de la dépendance à l'égard de certaines drogues.

Il y a peu de données touchant directement la consommation de stupéfiants dans les collectivités autochtones. La plupart du temps, il s'agit d'une conclusion tirée des taux d'incarcération, de mort violente, des diagnostics liés à l'alcool et des inscriptions aux programmes de désintoxication. Des témoins ont mentionné, par exemple, que les Autochtones, qui ne forment environ que 3,5 p. 100 de la population canadienne, sont surreprésentés dans les centres de traitement et les pénitenciers. Les données de la Direction générale des services médicaux révèlent que la mort violente par suicide ou à la suite de blessures ou d'un empoisonnement est la principale cause de mortalité chez les adultes autochtones. La corrélation entre mort violente et abus de drogues fait de cet abus «le problème de santé le plus grave parmi les Autochtones occidentaux»²⁵.

Dans les communautés autochtones où il s'est rendu, le Comité a été saisi de données statistiques inquiétantes concernant l'alcoolisme et la toxicomanie. Ainsi, selon le docteur Normand Tremblay, omnipraticien au centre de santé Tulattavik de l'Ungava, situé à Kuujuaq, dans le nord du Québec, environ 80 p. 100 de la population inuit totale de la région consomme régulièrement de l'alcool. De même, 80 p. 100 des interventions qui ont lieu à l'hôpital ont un rapport avec la consommation d'alcool. En outre, la Commission de santé de la nation innu (Labrador) a déclaré que sur les 1 080 habitants de Sheshatsheits, 200 personnes, soit 20 p. 100, ont été envoyées en cure de désintoxication en 1994.

2. Syndrome d'alcoolisme foetal

Le syndrome d'alcoolisme foetal est reconnu comme un problème majeur chez les Autochtones. Les enfants atteints du syndrome d'alcoolisme foetal souffrent de malformations au visage, d'anomalies du système nerveux central et de retard dans la croissance prénatale et postnatale. Ils présentent en outre un large éventail de problèmes physiques et comportementaux. Les problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse ne sont pas propres aux peuples autochtones. Toutefois, on reconnaît que l'absence de programmes adaptés à la culture empêche de sensibiliser davantage les Autochtones aux effets dévastateurs de l'alcool.

²⁵ Kim Scott, «Substance Use Among Indigenous Canadians», dans *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Diane McKenzie, éd., compte rendu d'un comité de recherche consultatif mixte, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, Ottawa, p. 16.

Plusieurs témoins ont parlé au Comité du syndrome d'alcoolisme foetal et des mesures prises. L'Association des médecins autochtones du Canada a fait état de sa campagne de promotion de la santé, intitulée «Caring Together», à l'intention des femmes enceintes, campagne qui a été élaborée avec la collaboration et l'aide financière de l'Association des brasseries canadiennes. Des affiches et des trousseaux d'information ont été distribués aux réserves, aux postes infirmiers et aux médecins dans les centres urbains ayant une forte concentration d'Autochtones.(20:39) Chris Corrigan a parlé du programme offert par un travailleur s'occupant des cas de syndrome d'alcoolisme foetal au *Vancouver Aboriginal Friendship Centre*, programme qui comprend : «des séances de consultation prénatales et postnatales individuelles avec des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes, ainsi qu'un service d'éducation publique, des séances de groupe, d'orientation et d'extension des services».(28:16)

Le Comité sait que le Sous-Comité des questions de santé a étudié à fond, lors de la dernière législature, la question du syndrome d'alcoolisme foetal et que le gouvernement a donné une réponse détaillée à ses recommandations²⁶. Les membres du Comité ont aussi examiné les recommandations relatives à l'apposition de vignettes de mise en garde sur les bouteilles de boissons alcooliques, qui ont été mises de l'avant dans deux rapports des anciens Comités de la santé de la Chambre des communes en 1987 et en 1991, de même que la réponse du gouvernement fédéral à chacun d'eux²⁷. Il est recommandé dans les trois rapports que des avertissements soient placés sur les contenants de boissons alcooliques. Le Sous-Comité des questions de santé est même allé jusqu'à recommander, dans son rapport de 1992, que la *Loi sur les aliments et drogues* soit modifiée afin de rendre obligatoires ces étiquettes de mise en garde. Bien que la question du syndrome d'alcoolisme foetal ait été mise en lumière au cours des dernières années, le gouvernement fédéral n'a jamais clairement indiqué sa position à ce sujet.

Certains témoins ont convenu qu'il serait utile d'apposer des étiquettes spéciales sur les bouteilles mais ont également souligné l'importance de la prévention. Chris Corrigan, par exemple, a insisté sur le fait que la «prévention doit être la pierre angulaire de toute stratégie visant à corriger ce problème. Il ne s'agit pas simplement d'étiqueter les bouteilles, mais de s'assurer que les stratégies de prévention répondent aux besoins des collectivités dont nous parlons».(28:19) Il est jugé nécessaire aussi d'affecter des ressources à la prévention dans les écoles secondaires et même primaires.

²⁶ Sous-Comité sur les questions de santé, *Syndrome d'alcoolisme foetal — Une tragédie évitable*, Stanley Wilbee, présidence, juin 1992. Gouvernement du Canada, *Le syndrome d'alcoolisme foetal — De la sensibilisation à la prévention*, décembre 1992.

²⁷ Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social, *Boisson, pilules et drogue : comment diminuer leur consommation au Canada*, Bruce Halliday, président, octobre 1987; Gouvernement du Canada, *Réponses du gouvernement au premier rapport du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social*, 1987; Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, *Le régime des soins de santé au Canada et son financement : des choix difficiles*, Bob Porter, président, juin 1991; Gouvernement du Canada, *Construire des partenariats*, novembre 1991.

3. Situation actuelle et solutions proposées

L'abus de stupéfiants dans les collectivités autochtones est un problème que tentent de résoudre de nombreux paliers de gouvernement. Au niveau fédéral, Santé Canada offre, par l'intermédiaire de la Direction générale des services médicaux, des programmes aux Inuit et aux Indiens inscrits vivant dans les réserves. Ainsi, l'initiative Toxicomanie et Programmes communautaires subventionnés (qui s'appelait autrefois Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones — PNLAADA) permet d'offrir des services communautaires de prévention et de traitement qui englobent notamment des travaux de recherche sur l'abus des solvants, sur la prévention du suicide et sur le syndrome d'alcoolisme foetal, la formation des travailleurs et la prestation de services. Les mesures destinées à lutter contre l'abus de stupéfiants comprennent l'éducation et la prévention, le traitement, la réhabilitation et le suivi, l'application de la loi et la surveillance. Les témoins ont fourni de nombreux exemples de programmes établis par les communautés ainsi que par les organismes provinciaux et fédéraux.

À l'échelle fédérale, la GRC vient de créer un programme appelé *Aboriginal Shield* afin de remplacer la Contribution de la police de l'éducation communautaire (CPEC) après avoir constaté que ce programme de sensibilisation à la consommation de drogues ne tenait pas compte des différences culturelles. Russ Waugh a informé le Comité de l'approche adoptée au Manitoba. Les policiers s'initient aux cours de formation dans les réserves mêmes, auprès des animateurs autochtones et des membres de la communauté. Certains logent chez des membres de la communauté. Bien que le programme n'en soit encore qu'à ses débuts, des responsables ont affirmé au témoin que c'est l'un des programmes de prévention les plus positifs qu'ils aient jamais vus. Le témoin est convaincu «qu'il vaut beaucoup mieux de procéder ainsi que d'arrêter les gens, de les jeter en prison d'où ils sortiront pour être à nouveau arrêtés encore et encore pour le même type de crimes». En somme, «il est plus facile d'élever de bons enfants que d'amender des adultes».(28:126)

Le *Nechi Institute on Alcohol and Drug Education* et le *Poundmaker's Lodge* ont beaucoup d'exemples positifs à donner en ce qui concerne les efforts accomplis par eux pour des Autochtones dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les deux programmes partent du principe que les mieux placés pour conseiller les Autochtones aux prises avec ces problèmes sont d'autres Autochtones, sobres et formés dans ce domaine. Afin de donner l'exemple, le personnel doit s'engager à faire totalement abstinence. Il ne lui suffit pas de prêcher, il doit encore donner l'exemple.

Depuis 1974, l'Institut Nechi offre dans ses locaux tout un éventail de cours sur le counselling en toxicomanie, la gestion de programme, le perfectionnement des instructeurs autochtones, la violence familiale, et il travaille auprès des adultes issus de parents alcooliques. Il a formé 3 000 conseillers en alcoolisme et toxicomanie. De ce nombre, 23 p. 100 ont poursuivi des études postsecondaires; 37 p. 100 ont été élus à des

postes de commande en Alberta et un grand nombre font du bénévolat dans leur milieu.(20:5) L'Institut a lancé dans la communauté autochtone la Semaine nationale de sensibilisation à l'alcoolisme et à la toxicomanie, dont le succès est maintenant assuré par 700 000 personnes. Maggie Hodgson affirme que pour chaque dollar que le gouvernement fédéral investit dans cette activité, la communauté en fournit cinq. (20:6)

Poundmaker's Lodge, fondé en 1973, est le plus ancien centre indien de traitement des toxicomanies au Canada. Il offre une cure de 28 jours en milieu fermé, qui repose sur une approche spécialisée et structurée alliant la sensibilisation culturelle à la philosophie empruntée aux Alcooliques Anonymes. Le traitement comporte quatre volets: éducation, développement d'habiletés personnelles, counselling et culture autochtone. De plus, comme il est bien connu que la participation de la famille constitue le meilleur gage de réussite pour l'avenir, les proches du client sont invités à prendre part au traitement durant la dernière semaine. Depuis 1990, *Poundmaker's Lodge* offre aussi une cure intensive de 90 jours aux jeunes toxicomanes de 12 à 17 ans, à son centre de traitement pour adolescents situé à St. Paul, en Alberta. Comme l'a dit Pat Shirt, directeur général de *Poundmaker's Lodge*, des programmes comme celui-ci et d'autres qui se donnent en cure ouverte ou en postcure «ont eu un effet particulièrement marqué au pays indien, car ils nous ont permis de retrouver la fierté d'être un autochtone».(24:9)

Alkali Lake, en Colombie-Britannique, nous fournit un excellent exemple de l'importance des centres de traitement pour la renaissance d'une collectivité. Comme l'a dit Fred Johnson, coordonnateur du programme sur l'alcool et les drogues, il a fallu beaucoup de temps pour que la communauté qui vivait à peu près entièrement dans l'alcoolisme devienne sobre à raison d'environ 95 p. 100. Il y a eu aussi beaucoup de souffrances: «Nous avons la chance aujourd'hui de pouvoir affronter cette souffrance. Nous pouvons affronter les abus sexuels qui se produisent dans nos communautés de même que l'alcoolisme. C'est là où nous en sommes. Nous guérissons. Nous rendons lentement la santé à nos familles. Nous avons encore du chemin à faire. . . Je ne sais pas combien de temps cela prendra, mais je suis très heureux que nous ayons les centres de traitement.»(24:14) Joyce Johnson, administratrice du logement, a raconté comment la communauté a collaboré afin d'atteindre ses objectifs. Ses dirigeants ne boivent pas, ils favorisent et soutiennent le développement économique et construisent de nouveaux logements. Le conseil investit à fond dans les membres de tout âge et vient en aide à ceux qui sont partis en cure, en réparant leur maison et en s'occupant de leurs enfants; il coordonne les programmes destinés aux jeunes et aux aînés; de façon générale, dit-elle, «nous essayons d'offrir un milieu favorable à notre communauté».(24:16)

4. Obstacles à la renaissance d'une communauté

La disponibilité des services pour toxicomanes varie beaucoup au sein des communautés autochtones et, dans la plupart des cas, les programmes et services actuels sont souvent jugés inadéquats en regard des besoins. On a constaté les lacunes

suivantes : des centres de traitement et de désintoxication établis dans les communautés; des centres qui intègrent des approches traditionnelles; des services de suivi, de soins prolongés et de réhabilitation; des mesures de prévention particulières pour l'inhalation de vapeurs d'essence et de solvants; une formation plus spécialisée des conseillers et des travailleurs en santé communautaire, ainsi qu'un plus grand nombre de travailleurs en santé communautaire.

En ce qui a trait aux mesures de prévention, Andrea Cook, du Centre autochtone de services médicaux et sociaux d'Akwesasne, s'est dit d'avis comme bien d'autres témoins que les programmes de prévention ne suffisent pas à résoudre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. D'autres programmes de counselling sont nécessaires; en conséquence, il faut qu'un plus grand nombre d'Autochtones reçoivent une formation en counselling dans le domaine de la toxicomanie. Les témoins ont insisté sur le fait que les programmes de counselling doivent être fondés sur la médecine traditionnelle: «Grâce à notre programme de counselling, nous avons permis aux membres de notre communauté d'être entendus. On les écoute. On donne de l'importance à leur opinion. On comprend leurs déceptions et leur ressentiment.»(21:15)

Deanna Greyeyes, directrice générale de la *Society of Aboriginal Addictions Recovery*, en Alberta, a souligné que les centres de traitement sont le fondement de la sobriété. Bien que la sobriété soit un élément crucial de la guérison, il faut cependant, pour que cette guérison soit durable, connaître les raisons qui ont poussé une personne à boire ou à se droguer. On a dit au Comité : «Ce que nous savons, c'est que lorsqu'ils ont la tête claire, les gens sont non seulement capables de cerner leurs propres problèmes, mais aussi de les résoudre».(24:10) Mais puisque le succès de la thérapie peut dépendre d'un grand nombre de facteurs, il est impératif que la cure débouche sur des mesures de suivi et des soins de convalescence, dispensés dans la collectivité même, afin de prévenir les rechutes.(24:11)

Deanna Greyeyes a également fait valoir que la sobriété est essentielle pour qu'une communauté puisse se rétablir. Tout programme visant à traiter les problèmes de violence familiale, d'abus sexuels ou d'autres traumatismes doit être fondé sur la sobriété. L'ensemble de la collectivité peut nier la réalité de l'alcoolisme et de la toxicomanie «en s'imaginant que si on supprime la violence, l'alcoolisme disparaîtra. C'est un mythe.»(24:12) Plusieurs témoins ont mentionné la nécessité d'avoir des dirigeants sobres. Nancy Peel, de la *Northwest Territories Métis Association*, a dit au Comité qu'il y a quelques années, «pour la première fois dans les Territoires du Nord-Ouest, un groupe de dirigeants ont choisi une formule de traitement communautaire. Apparemment, cela va toujours très bien pour 80 p. 100 d'entre eux environ.»(28:86)

Cathryn George, de l'*Association of Iroquois and Allied Indians*, de l'Ontario, et Fred Johnson d'Alkali Lake, en Colombie-Britannique, ont affirmé devant le Comité que leurs enfants doivent être envoyés à l'extérieur de la province, en Alberta ou aux

États-Unis, pour recevoir des traitements. *Poundmaker's Lodge* était le seul centre de traitement autochtone offrant un programme à l'intention des jeunes. D'autres témoins ont aussi souligné le manque d'établissements pour soigner les adolescents au Canada.

Bien que la plupart des collectivités consacrent les fonds reçus aux fins auxquelles ils sont destinés, c'est-à-dire la prévention et le traitement de la toxicomanie, Deanna Greyeyes s'est dite inquiète de ce que d'autres pourraient décider de réaffecter cet argent. Elle a soutenu aussi que les centres de traitement non autochtones ne conviennent pas aux Autochtones parce qu'ils ne tiennent pas compte de l'affirmation de l'être tout entier, qui est au cœur de l'identité autochtone.

Les Indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves, les Indiens non inscrits et les Métis sont assujettis aux programmes généraux offerts par le gouvernement fédéral à tous les Canadiens ainsi qu'aux programmes et services des gouvernements provinciaux ou territoriaux. La majorité de ces programmes ne sont pas adaptés sur le plan culturel et sont systématiquement sous-utilisés par les peuples autochtones²⁸. Des efforts déployés récemment par les gouvernements de l'Ontario et des Territoires du Nord-Ouest démontrent que la collaboration avec les organisations et collectivités autochtones permet de proposer des changements positifs qui — espérons-le — peuvent être mis en oeuvre.

Les approches traditionnelles sont jugées très efficaces pour traiter les alcooliques et les toxicomanes. Toutefois, des témoins ont dit que Santé Canada fait peu de cas des efforts que déploient certaines communautés autochtones afin de concevoir et d'implanter des programmes de traitement adaptés à leur culture, comme ceux dont il a été question à Sheshatsheits et Tobique. Pat Shirt, de *Poundmaker's Lodge*, a parlé au Comité d'une étude selon laquelle les jeunes autochtones qui s'identifient au mode de vie traditionnel consomment moins d'alcool et de stupéfiants que ceux qui s'identifient au mode de vie non autochtone. L'étude a aussi révélé que les Autochtones qui consomment le moins d'alcool et de drogues sont ceux qui possèdent les deux cultures et sont capables de passer de l'une à l'autre.

C. Le suicide

1. Information générale

Selon les renseignements fournis par l'Association nationale des centres d'amitié et le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, les Autochtones ont un taux de suicide au moins deux à trois fois supérieur à celui des Canadiens non

²⁸ Compte rendu des consultations de 1990-1991 du comité d'orientation de la Direction générale des services médicaux sur la santé mentale des autochtones.

autochtones. Les données provenant des centres d'amitié montrent qu'en Colombie-Britannique, au Québec, en Ontario et dans le nord du Manitoba, le taux de suicide est de deux à dix fois plus élevé que la moyenne nationale²⁹. D'autres renseignements fournis par Iris Allen indiquent qu'en 1994, à Nain, petite localité du Labrador, il y a eu, sur la seule base des statistiques recueillies par la GRC, trois suicides sur une population de 1 200 personnes, soit un suicide par tranche de 400 habitants. Le témoin a ajouté qu'il y a également eu 25 tentatives de suicide, soit une par tranche de 50 personnes³⁰. Un membre de la Première nation de Big Cove, collectivité durement éprouvée par un grand nombre de suicides et de tentatives de suicide entre 1992 et 1994, a souligné que chaque suicide affecte directement de 50 à 200 personnes qui en sont gravement ébranlées et qui risquent par conséquent de subir, elles aussi, une crise. Le suicide touche les communautés autochtones de tous les groupes et de toutes les régions.

Des témoins ont affirmé au Comité que le suicide frappe de façon disproportionnée chez les jeunes autochtones. Dans son rapport spécial sur le suicide, la Commission royale sur les peuples autochtones révèle que parmi les jeunes de 10 à 19 ans, le taux de suicide est de cinq à six fois plus élevé que parmi les non-autochtones du même groupe d'âges³¹. Cependant, c'est entre 20 et 29 ans que les taux de suicide sont les plus élevés tant chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. La Commission attire l'attention sur le pourcentage élevé de la population autochtone qui appartient actuellement au groupe des 15 ans et moins, et signale qu'à mesure que ce groupe avance en âge vers les années où le risque est le plus élevé, les Canadiens et Canadiennes doivent s'inquiéter sérieusement et prendre des mesures en vue de changer les conditions qui contribuent au taux élevé de suicide.

Les personnes qui ont abordé la question du suicide chez les jeunes autochtones ont signalé au Comité le problème de la sous-déclaration des suicides et tentatives de suicide. Diverses raisons peuvent expliquer cette sous-déclaration. Ainsi, Lorna Downey, de la *Métis Child and Family Services Society* d'Edmonton, a mentionné qu'il est difficile d'obtenir des données statistiques portant spécifiquement sur les Métis parce qu'ils ne font pas nécessairement partie d'une catégorie distincte et peuvent être classés comme Autochtones ou dans la catégorie «autres». (26:9) En outre, le Comité a appris que les travailleurs sociaux hésitent parfois à demander à un client son origine ethnique par crainte d'être perçus comme racistes. Le Comité a appris que, par conséquent, les statistiques sur les Autochtones sont généralement inférieures à la réalité.

²⁹ Association nationale des centres d'amitié, mémoire, 15 décembre 1994, p. 9.

³⁰ Iris Allen et Celeste Andersen, mémoire, 28 février 1995, p. 7-8.

³¹ Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, Ottawa, 1995, p. 11 à 13.

De plus, un formateur en intervention contre le suicide de la Première nation Redbank du Nouveau-Brunswick, Noah Augustine, a déclaré au Comité que les problèmes généraux soulevés par la cueillette des données se compliquent encore du fait qu'en raison du stigmate rattaché au suicide, les autorités hésitent à classer parmi les suicides les décès douteux comme ceux qui sont dus à un accident de voiture : «Par exemple, si quelqu'un est allé s'écraser sur un arbre en voiture, le rapport indique peut-être qu'il s'agissait d'une mort accidentelle, mais si vous faisiez une autopsie psychologique de la situation, vous vous apercevriez peut-être que c'était un suicide». (26:13) Iris Allen a signalé pour sa part que les statistiques sur les tentatives de suicide parmi les jeunes du Labrador sont recueillies différemment par la GRC, qui les classe en vertu de la *Loi sur la santé mentale* alors que la Commission des services de santé du Labrador peut les classer selon le genre de problème médical qu'elles ont entraîné, par exemple une blessure au couteau, une surdose de médicaments ou encore une blessure causée par une arme à feu. Il est ainsi difficile de déterminer si les soins médicaux étaient requis à cause d'une tentative de suicide ou à cause d'un accident. Mme Allen a aussi mentionné que de nombreuses tentatives de suicide ne sont pas déclarées par les parents, les amis ou les membres de la famille qui sont intervenus physiquement pour enlever une arme à une personne qui menaçait de se suicider. (26:17) Dans l'ensemble, toutefois, même les statistiques limitées dont nous disposons font ressortir que les taux de suicide chez les jeunes autochtones sont trop élevés.

2. Situation actuelle et solutions proposées

Le Comité a entendu parler des nombreux efforts déployés pour régler le problème du suicide. Grace Morin, de la réserve Hobbema, a parlé du programme appelé *Solution Group*, mis sur pied dans la réserve Samson, en Alberta. On y vise à aider les gens à se prendre en main. Il s'agit de les aider d'abord à repérer leurs comportements inefficaces et ensuite ceux qui sont efficaces. Selon Mme Morin, quand les gens constatent qu'ils ont des possibilités, ils voient davantage de raisons de vivre: «Si les gens sont occupés à vivre ils n'envisagent pas de recourir au suicide. Ils cherchent plutôt à identifier les besoins qu'ils éprouvent au plus profond et au meilleur d'eux-mêmes, et agissent en conséquence». (26:9)

Lorna Downey a décrit au Comité le modèle adopté par la *Métis Child and Family Services Society* d'Edmonton pour la prestation de ses services. Ce modèle met l'accent sur une approche traditionnelle et holistique de la guérison en offrant divers programmes et services en fonction des besoins définis par la collectivité. Les intervenants auprès des jeunes sont des travailleurs sociaux d'origine autochtone qui mettent la priorité sur la présentation de modèles de comportement positifs et qui initient les jeunes à la culture traditionnelle: activités, événements, arts et artisanat. Des aînés leur enseignent la tradition. Ces travailleurs collaborent avec le système de justice juvénile, dont les tribunaux et les comités de justice pour la jeunesse, en supervisant les

heures de service communautaire imposées à des jeunes et en exerçant une surveillance et une supervision auprès des individus libérés en vertu du paragraphe 7(1) de la *Loi sur les jeunes contrevenants*.

Arnold Devlin, de *Nodin Counselling Services*, un programme de santé mentale autochtone offert à Sioux Lookout dans le nord-ouest de l'Ontario, a expliqué que le programme avait recours à 13 travailleurs communautaires en santé mentale et à neuf travailleurs en milieu hospitalier. Six psychiatres et deux psychologues cliniciens visitent annuellement la région pour y aider les conseillers en santé mentale à faire l'évaluation de leurs clients. En outre, des équipes volontaires d'intervention en situation de crise se rendent dans les collectivités pour fournir de l'aide et un soutien après un suicide ou un décès tragique. Dans le cadre d'un projet axé sur le deuil faisant suite à un suicide, des conseillers offrent des services aux survivants et collaborent avec les aînés afin de comprendre la signification du deuil et du sentiment de dépossession pour la communauté. En outre, un registre des suicides a été établi selon le modèle mis au point par le *Centre for Disease Control* des États-Unis et utilisé par les services américains de santé des Autochtones. Ce projet est actuellement mis en place dans trois collectivités sur 26; il consiste à recueillir des renseignements sur les comportements suicidaires de toute nature et à les inscrire dans une base de données afin d'aider les cliniciens et travailleurs sociaux à évaluer leurs clients.

Noah Augustine est un formateur en intervention en matière de suicide diplômé de *Living Works Education Incorporated*, organisme situé à Calgary, en Alberta. Il s'agit d'une chaîne internationale de formateurs oeuvrant en Amérique du Nord et en Asie. Ce témoin travaille surtout auprès des Premières nations; il fait profiter de ses connaissances d'autres collectivités, dont celle de Big Cove, et collabore avec la GRC et les organismes qui s'occupent de santé mentale.

Celeste Andersen, qui travaille à la Commission de la santé inuit du Labrador, a parlé des efforts accomplis pour s'attaquer à la question du suicide chez les jeunes. À Nain, collectivité aux prises avec de sérieux problèmes, on a mis en place une ligne d'urgence et formé des bénévoles capables d'intervenir en cas de suicide. En outre, des gens ont reçu une formation de formateurs. Dans le cadre du programme *Grandir ensemble* financé par Santé Canada, un coordonnateur en santé mentale et un travailleur formé pour intervenir en situation d'urgence ont été embauchés pour coordonner la ligne d'urgence et appuyer les équipes d'intervention. Cette ligne téléphonique d'urgence fait l'objet d'une évaluation en vue de l'offrir à l'échelle régionale. Un psychologue a été embauché pour effectuer les évaluations initiales, du counselling, des interventions d'urgence, la formation en cours d'emploi des travailleurs de première ligne ainsi que l'animation des groupes d'entraide. Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la drogue, on a obtenu les services d'un coordonnateur de la jeunesse. Deux forums axés sur la jeunesse ont été organisés afin de permettre aux jeunes d'exprimer leurs points de vue et de prendre des décisions; des crédits ont aussi été affectés à des projets destinés aux jeunes.

3. Obstacles au mieux-être communautaire

Bien que Santé Canada ait mis au point diverses initiatives visant la prévention du suicide (par exemple, le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, le Programme sur la violence familiale ainsi que l'initiative Grandir ensemble), la Commission royale sur les peuples autochtones s'est montrée critique à l'égard de ces programmes. D'abord, elle souligne qu'ils excluent près de 60 p. 100 des Autochtones qui n'entrent pas dans la catégorie des Indiens telle que définie par le gouvernement fédéral. Deuxièmement, la Commission estime que de nombreux bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux ne manifestent pas suffisamment d'intérêt envers ces programmes. Troisièmement, elle fait état du peu de ressources qui y sont consacrées. Enfin, la Commission déplore la faible priorité qu'on accorde en général aux questions de santé mentale.

De plus, des témoins ont exprimé l'avis que les programmes offerts aux communautés autochtones en matière de suicide peuvent constituer des obstacles parce qu'ils continuent, comme par le passé, à mettre l'accent sur la mort plutôt que la vie. Le Comité a reçu, par exemple, le témoignage suivant de Grace Morin :

Dans le passé, on a surtout réagi au phénomène plutôt que d'essayer de le prévenir. Compte tenu de la nature du problème lui-même, on intervient comme s'il s'agissait d'une crise. Jusqu'ici on a insisté sur la question du suicide elle-même. On ne s'est pas intéressé à la souffrance que ressent la personne non plus qu'à ses besoins essentiels. Intervenir comme s'il s'agissait d'une crise ne fait qu'aggraver le problème. Il faut cesser de s'intéresser au problème lui-même. Nous savons qu'il existe. Nous devons mettre l'accent sur les solutions et nous intéresser non pas à la mort, mais à la vie.(26:7)

En outre, il semble que les ressources humaines font défaut dans les communautés autochtones. Devant le Comité, des témoins et des membres de ces communautés ont insisté sur le besoin de travailleurs sociaux, de travailleurs communautaires bien formés en santé mentale et de psychologues. La pénurie de personnel compétent est pénible à supporter pour les personnes qui doivent, par exemple, fournir à elles seules des services à beaucoup de gens qui se trouvent en situation de crise et proviennent de diverses collectivités.

Enfin, des témoins se sont dit d'accord avec la Commission royale sur les peuples autochtones lorsqu'elle estime que certains des obstacles au changement se trouvent au sein même des collectivités autochtones. Ils ont reconnu que les chefs de ces collectivités s'intéressent souvent davantage au développement économique et à l'autonomie gouvernementale qu'aux problèmes sociaux, que les événements et les facteurs de risque liés au suicide suscitent la honte et le secret, que les adultes ne servent pas toujours de modèles aux jeunes en matière de comportement, et que les conflits et les rivalités au sein des collectivités gênent les initiatives.

Toutefois, ces témoins ont aussi soutenu que du fait que le contrôle sur les programmes et les ressources est exercé par des non-autochtones, on fait peu de cas des appels lancés en faveur de la prévention à long terme; les mesures d'urgence sont mal coordonnées, aucune politique nationale complète n'a été mise au point en matière de santé mentale, il y a des inégalités d'accès aux programmes et aux ressources, la multiplicité des sources de financement crée de la confusion, et les ressources consacrées à l'information et à la formation sont inadéquates.

CHAPITRE CINQ : OBSTACLES AU MIEUX-ÊTRE D'ORDRE GÉNÉRAL

A. Développement économique et autonomie

À l'heure actuelle, les Autochtones qui veulent pratiquer des activités économiques traditionnelles peuvent avoir à se faire concurrence pour les mêmes ressources ou se trouver confrontés à l'opinion répandue que la chasse et le piégeage, par exemple, sont moralement répréhensibles. En ce qui concerne les attitudes sur la moralité de ces actions, Rosemarie Kuptana, présidente de l'*Inuit Tapirisat of Canada*, a rappelé que : «Naguère, la seule activité économique de mon peuple, c'était le commerce de la fourrure et la chasse aux phoques; or, le mouvement de protection des animaux a fait en sorte que cette activité n'est plus rentable». (17:9) Vera Morin, représentante de la *Métis Nation of Northwest Territories*, a dit au Comité que :

«La chasse est pour nous un mode de vie. Mon neveu a abattu son premier orignal à huit ans, et nous étions très fiers de lui. À notre grand étonnement, on a envoyé des lettres au rédacteur disant que le maniement sûr des armes n'était pas enseigné, et que c'était contraire à la loi. L'idée que c'était contraire à la loi ne nous avait jamais effleuré l'esprit. Ce jeune garçon avait toujours participé à la chasse et on lui avait appris à chasser, et il était une source de fierté pour sa famille». (28:85)

Sharon Rudderham, de l'*Union of Nova Scotia Indians* a soulevé le problème de la concurrence entre groupes pour les mêmes ressources et l'a lié aux revendications territoriales :

«Même si nous étions les premiers ici, nous ne dirigeons pas les mines de charbon de [sic] Cap-Breton. Nous sommes limités à notre pêche, qui est une activité importante dans nos communautés. Cependant, nous avons aussi des problèmes avec la pêche. Pour moi, il faut que le fédéral prenne une décision sur ces revendications territoriales et sur toutes les questions soulevées par nos chefs pour que nos communautés puissent arriver à être autonomes». (29:26-27)

L'autonomie politique, l'autodétermination et le respect de soi sont également interreliés aux yeux des Métis. La Fédération des Métis du Manitoba a négocié avec succès un accord de gestion immobilière avec la SCHL, de sorte qu'elle gère actuellement 1 800 propriétés rurales dans la province en vue de transférer ces pouvoirs aux localités. La Fédération a pu acquérir des compétences dans le domaine de la planification et de la responsabilité financière, de la préparation de soumissions, de la commercialisation, de la publicité et de la promotion, des normes du travail, des codes de la construction et des droits et responsabilités des propriétaires et des locataires. D'après Marilee Nault :

«Ainsi, les collectivités vont pouvoir se prendre en main et faire un travail commun pour aboutir à une solution. Ainsi, chaque collectivité pourra acquérir cette fierté qui bien souvent est absente des régions démunies sur le plan socio-économique. Cet accord aide les Métis à progresser vers l'autodétermination et l'autonomie politique».(28:105)

Alkali Lake constitue un exemple bien connu d'une collectivité qui oeuvre pour le respect de soi et le mieux-être. Comme l'a expliqué Joyce Johnson, à mesure que les résidants sont devenus sobres, la collectivité a pu exploiter les possibilités économiques qui ont engendré une plus grande prospérité : «Nous avons les industries. Par exemple, il y a Eko Link, qui fait de la sylviculture. Nous avons un magasin et un café, un élevage de bétail, une compagnie forestière et nous continuons d'organiser des ateliers».(24:15)

Le gouvernement fédéral a élaboré une Stratégie canadienne de développement économique des Autochtones pour aider les entrepreneurs autochtones à conclure des partenariats publics et privés. La stratégie, lancée en 1990, était dotée d'un budget de 870 millions de dollars sur une période de cinq ans. En outre, le ministère des Affaires indiennes et du Nord a mis sur pied récemment une Direction du développement commercial qui, entre autres choses, prépare un répertoire des ressources communautaires et des commerces autochtones. Toutefois, ces deux mesures visent les Autochtones qui relèvent de la compétence fédérale. Elles ne s'adressent donc pas aux Métis ni à un pourcentage important d'Indiens et d'Inuit.

Dans l'ensemble, le Comité a entendu à maintes reprises que l'on ne peut pas envisager un mieux-être holistique qui ne tienne compte de l'environnement socio-économique des peuples autochtones. Le mieux-être suppose un environnement approprié dans lequel une collectivité peut se développer et s'épanouir, et dans lequel l'ordre social est maintenu. Les témoins ont affirmé que, sans milieu sain et harmonieux, il sera toujours impossible de réaliser un mieux-être holistique, et les conditions socio-économiques qui prévalent à l'heure actuelle dans de nombreuses collectivités (logements inadéquats, eau contaminée, absence de services de santé convenables, perte d'identité, de culture et de mode de vie, manque d'installations récréatives pour les jeunes) en disent long à cet égard. Si les gouvernements ne manifestent pas une réelle volonté d'entreprendre des changements d'envergure dans les domaines indiqués, il sera impossible aux peuples autochtones d'atteindre un mieux-être holistique.

B. Partage des compétences

Les témoins ont traité de certains des problèmes que soulève, en ce qui concerne les peuples autochtones, le partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces. De nombreuses collectivités autochtones ont l'impression de faire la navette entre les compétences et entre les diverses sources de financement. Les principaux

ministères fédéraux qui s'occupent de la santé des Autochtones sont le ministère des Affaires indiennes et du Nord et Santé Canada. Toutefois, d'autres ministères et organismes fédéraux interviennent dans les domaines du logement et de l'emploi, deux facteurs importants du mieux-être holistique. La Direction générale des services médicaux de Santé Canada est responsable de la prestation des services de santé aux Indiens inscrits vivant dans les réserves ainsi qu'à tous les habitants du Yukon (y compris les Indiens et les Inuit). Toutefois, elle n'est pas responsable des services dispensés aux Métis et aux Indiens non inscrits. Ces autres peuples autochtones reçoivent leurs soins de santé dans le cadre des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires, mais ils ont accès aux programmes et services que Santé Canada offre à l'ensemble de la population.

Selon Mark Maracle de l'Association nationale des centres d'amitié, le partage des compétences pose de graves difficultés aux Autochtones des milieux urbains qui ont besoin de services médicaux. À son avis, «l'un des principaux problèmes est celui de la compétence des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux ainsi que la distinction que fait le gouvernement entre ceux qui sont Indiens, ceux qui ne le sont pas, ceux qui sont Métis, ceux qui sont Indiens inscrits ou ceux qui sont Inuit». (21:28) Pour Dwight Dorey du Conseil des Autochtones de la Nouvelle-Écosse, les personnes qui vivent à l'extérieur des réserves baignent dans «un vide juridique». (29:8) Ed Swain, de la *Métis Nation of Alberta*, a affirmé que les Métis sont souvent exclus des initiatives provinciales tendant à créer des mécanismes de prestation des services «parce que les gouvernements provinciaux ne veulent pas avoir l'air d'assumer une responsabilité fiduciaire pour les Métis comme ils en assument pour les Autochtones». (28:69) De l'avis d'Iris Allen, la question de compétence est ce qui cause le plus de difficulté à la Commission des services de santé du Labrador. Santé Canada finance certains de ses programmes, mais les soins de santé relèvent du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, comme d'autres services communautaires qui dépendent du ministère provincial des Affaires sociales. Cela pose des problèmes lorsqu'il s'agit de coordonner les rapports exigés par divers organismes, de faciliter le partage de l'information et d'adresser les clients au bon endroit. Comme elle l'a dit: «En bout de ligne, nous venons en aide aux mêmes personnes». (26:34)

Roger Hunka, du Conseil des Autochtones de la Nouvelle-Écosse, et de nombreux autres témoins ont souligné les énormes disparités dans les services offerts, alors qu'en somme il s'agit du même groupe cible. (29:16) Lou Desmarais, directeur général de la *Vancouver Native Health Society*, a signalé le manque d'initiatives fédérales dans le centre-ville est de Vancouver, communauté qui se distingue parce qu'elle est la plus pauvre du Canada et rassemble la plus forte population autochtone de l'ouest du Canada. Voici ses propos: «S'il ne s'agit pas à proprement parler d'une réserve, le centre-ville du secteur possède sans doute toutes les caractéristiques que l'on peut attendre en général d'une réserve canadienne type. Les logements sont pour la plupart délabrés. Peu de gens ont un emploi rémunéré, ce qui veut dire que la majorité de la population bénéficie du soutien du revenu et vit donc au seuil de la pauvreté ou en deçà.

La santé de la plupart des Autochtones de cette région est à peu près la même, [voire] moins bonne que celle des personnes qui vivent dans des réserves.»(28:35) Toutefois, comme le souligne Lou Desmarais, ces personnes n'ont pas directement accès aux crédits fédéraux et, quand elles essaient d'en obtenir, on les renvoie toujours au gouvernement provincial mais il ne leur reste «que des miettes une fois que l'administration de la bureaucratie provinciale et autre s'est servie».

Marilee Nault, de la Fédération des Métis du Manitoba, a raconté au Comité de quelle manière le traitement différent accordé aux Métis et aux Indiens touche les individus des deux groupes qui vivent côte à côte. Par exemple, le gouvernement construit dans les réserves des Premières nations des établissements de soins de santé et de services sociaux et assume en outre les frais de transport des malades qui doivent aller se faire soigner dans les centres urbains. Les Métis qui vivent dans le voisinage d'une réserve peuvent avoir accès aux installations médicales qui s'y trouvent, mais contrairement aux membres des Premières nations, ils n'ont pas droit au transport.(28:104)

D'est en ouest, le Comité a entendu des témoins déplorer d'être laissés à l'écart des discussions sur la réforme du système de soins de santé qui ont lieu actuellement dans la plupart des provinces. Dwight Dorey, du Conseil des Autochtones de la Nouvelle-Écosse, a affirmé que le Conseil a été exclu de toute participation à la réforme des soins de santé de la province mais qu'il importe de tenir compte de ses préoccupations et de ses idées afin que «l'approche régionale des soins de santé intègre la réalité que vit notre population à l'échelle de la province».(29:9) Richard Saunders, de l'*Alberta First Nations Health Care Commission*, a fait remarqué que la plupart des directions régionales de la santé créées par la province n'ont pas consulté les Premières nations. Lorsqu'elles mettent au point leurs plans d'entreprise, fondés essentiellement sur des considérations financières, elles ne tiennent pas compte des répercussions que ces plans auront sur les communautés autochtones. Puisque les Premières nations relèvent du gouvernement fédéral, les autorités provinciales estiment qu'elles n'ont pas de mandat à l'égard des communautés autochtones et qu'il n'est pas nécessaire de les consulter.(28:63) Lors de la visite du Comité à North West River, Iris Allen a, elle aussi, exprimé ses inquiétudes, parce que les Inuit du Labrador ont l'impression que le gouvernement fédéral ne leur donne pas des services adéquats du fait qu'ils n'habitent pas au nord du 60^e parallèle.

C. La médecine traditionnelle

Les témoins ont signalé qu'il existe des obstacles à la pratique de la médecine traditionnelle et à l'application des méthodes traditionnelles. Premièrement, il y a la question du financement. Des témoins ont affirmé qu'il est plus facile d'obtenir des fonds pour avoir accès aux services de médecins occidentaux qu'à ceux de guérisseurs

traditionnels. Toutefois, on est d'avis que les soins traditionnels comporteraient un meilleur ratio coût-efficacité parce que les Autochtones deviendraient plus sains et plus forts sur tous les plans. Une diminution du recours aux médicaments d'ordonnance coûteux, aux diagnostics effrectifs et exploratoires ainsi qu'aux hospitalisations longues et coûteuses contribuerait certainement à réduire le coût des soins de santé chez les Autochtones. Les méthodes traditionnelles n'entraînent pas de médicaments coûteux, de tests effrectifs ou l'obligation pour le «patient» de quitter sa famille pour faire un long séjour à l'hôpital³².

Deuxièmement, les témoins ont traité du manque d'acceptation des méthodes de soins traditionnels par le système de santé dominant. La Direction générale des services médicaux de Santé Canada offre un programme de soins traditionnels qui comprend les frais de déplacement des guérisseurs qui se rendent dans des collectivités autochtones. Le programme rembourse aussi les frais de déplacement des malades qui vont consulter un guérisseur. Toutefois, même si Santé Canada offre aux Indiens inscrits un accès restreint aux guérisseurs traditionnels, il faut que cette mesure soit recommandée par un médecin occidental.

Troisièmement, il semble que Santé Canada ne fournisse qu'une aide restreinte et qu'un soutien à court terme à l'égard des programmes et services qui couvrent des pratiques culturelles. Par exemple, la population de Sheshasheit, communauté innu d'environ 1 080 habitants du Labrador, a tenté récemment de mettre sur pied un programme de désintoxication s'adressant non seulement aux toxicomanes eux-mêmes mais encore à la famille élargie et aux aînés. Santé Canada l'a subventionné pendant six mois mais n'a pas renouvelé ses crédits bien que, de l'avis de la communauté de Sheshasheit, ce programme de soins ait été plus fructueux que l'envoi de membres de la communauté innu à l'extérieur pour se faire soigner. Le Comité a également appris qu'au Nouveau-Brunswick, le *Tobique Alcohol and Drug Treatment Centre* a présenté un programme de traitement des toxicomanies, *Pehkikak Sebosis*, qui comporte des pratiques culturelles comme la cérémonie de guérison, le cercle de parole et la cabane à suer. Selon Edward J. Perley, membre du conseil de bande de Tobique, Santé Canada a approuvé ce programme pour une période de six mois mais ne l'a jamais renouvelé.(29:36-37) Le financement à court terme par Santé Canada ne permet pas aux collectivités d'établir de tels projets et d'en évaluer l'efficacité.

Quatrièmement, l'une des contraintes les plus importantes mentionnées par les peuples autochtones en ce qui a trait aux guérisseurs traditionnels et aux chamans est la rareté de cette ressource, c'est-à-dire du nombre de guérisseurs et d'aînés pouvant légitimement prétendre à ce titre, qui connaissent les enseignements et qui sont disposés à quitter leurs collectivités. Cette rareté s'explique par le processus de

³² Anishnawbe Health Toronto, mémoire, p. 10.

colonisation et d'acculturation au cours duquel ces personnes ont été brimées dans la pratique de leur art et dans la tenue des cérémonies spirituelles. Certaines d'entre elles ont néanmoins pu conserver leurs modes traditionnels et les transmettre aux générations suivantes.

Cinquièmement, les témoignages ont fait état des obstacles auxquels se butent les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves et des établissements. Par exemple, Shirley Morrison s'est dite d'avis que très peu de guérisseurs sont disposés à quitter la collectivité pour venir traiter des Autochtones dans de grands centres urbains comme Toronto. Pour tenter de régler ce problème, le centre de santé Anishnawbe cherche une aide financière afin de mettre au point un programme pour former des guérisseurs traditionnels.

Le dernier obstacle mentionné par les témoins réside dans le fait que les Autochtones connaissent mal le protocole à suivre pour traiter avec les guérisseurs traditionnels et les aînés. Il faut notamment savoir s'il y a lieu de les dédommager et comment s'y prendre.

D. Liaison entre les secteurs

Outre les problèmes de compétence, les témoins ont rappelé comment de nombreuses personnes provenant de disciplines et de ministères différents interviennent dans la vie d'un individu ou de sa famille, donnant ainsi des résultats improductifs et semant la confusion. Ces intervenants peuvent provenir des secteurs de la santé, des services sociaux, du logement, de la justice et de l'éducation. Le manque de coordination peut nuire à la prestation des services et à la collecte de renseignements dans le domaine de la santé mentale.

Pour beaucoup de groupes, le fait que des secteurs comme le logement, la justice, l'emploi et la santé relèvent de niveaux de gouvernement différents nuit à l'objectif de santé et de mieux-être intégral des peuples autochtones. Selon Clifford Gladue de la *Métis Nation of Alberta*, les Métis sont également de cet avis. Il a estimé que ce n'est pas en «compartimentant» les problèmes qu'on peut comprendre à fond tous les facteurs qui affectent la vie d'une personne. (28:65) Ces problèmes ne font qu'empirer quand les Autochtones doivent s'adresser à deux niveaux de gouvernement, à deux bureaucraties différentes à l'échelle provinciale et fédérale. Selon Glen Caplin, des *New Brunswick Indian Child and Family Services*, les clients qui sont renvoyés à des services de santé mentale provinciaux doivent patienter de quatre à six semaines et, même en état de crise, attendre une ou deux semaines pour que tous les formulaires soient remplis en vue de faire approuver des services de santé pour lesquels ils ne sont pas assurés. (29:45)

Le fractionnement des disciplines qui dispensent des services sociaux et de santé pose aussi un problème. D'après Judith Bartlett, «beaucoup de personnes interviennent dans la vie d'un client ou la vie d'une famille. Chaque discipline voit le monde d'un oeil

différent. Lorsque trois ou quatre disciplines s'occupent d'une famille, qu'il s'agisse des services sociaux, des services de santé, du système d'éducation ou des autorités du logement, toutes ces disciplines abordent le cas du client d'une façon différente et le client finit par ne plus savoir qui écouter. Il n'y a aucune uniformité, et les clients ne comprennent plus le contexte de leur propre vie.»(22:11) Elle a fait valoir que l'intégration de ces disciplines en un guichet unique pourrait constituer une approche cohérente au règlement d'un problème. Ainsi, un centre semblable à celui qu'on projette à Winnipeg offrirait la liaison et le maillage nécessaires pour établir une relation productive avec les autres organisations, en vue d'aider le client à choisir les interventions qui lui conviennent le mieux. Lorna Downey, des *Métis Child and Family Services* d'Edmonton, croit qu'il convient «de modifier les lois de manière à obliger les ministères responsables de l'éducation, de la santé, de la justice et de l'aide à l'enfance à coordonner leurs efforts de collecte de l'information dans ce domaine». Elle a ajouté que «si nous n'insistons pas là-dessus, cela ne se fera pas».(26:11)

E. Financement

1. Caractère inopportun des modalités

La nature précaire d'une grande partie du financement cause un problème majeur aux communautés de bien des régions du Canada. Les témoins ont souligné la nécessité d'un financement à long terme afin d'établir les prévisions budgétaires qui permettront d'atteindre tous les objectifs d'un programme. À Vancouver, Bernie Whiteford, directrice générale du *Helping Spirit Lodge*, a fait part au Comité de la nécessité de pouvoir compter sur un soutien financier lorsque le financement du projet pilote de trois ans aura pris fin. «Interrompre notre travail alors qu'il a à peine commencé, dit-elle, semble une solution de fortune, en particulier lorsqu'il a fallu deux ans complets pour se faire reconnaître et être accepté comme un programme viable, surtout en ce qui concerne les agressions dont sont victimes les femmes.»(28:23) Celeste Andersen a dit au Comité que les crédits de Santé Canada ont permis à la Commission des services de santé des Inuit du Labrador d'embaucher du personnel supplémentaire pour s'occuper de la question du suicide chez les jeunes. Toutefois, comme elle l'a souligné, «les problèmes de santé mentale des Inuit du Labrador se sont développés sur une longue période, et toute solution à ces problèmes doit être à long terme. Nous ne faisons que commencer à rouvrir des blessures très profondes, et il faudra un long processus de guérison.» (26:19)

Le recours aux enveloppes budgétaires pour gérer les programmes paraît, dans l'ensemble, une formule assez raisonnable. Toutefois, pour Richard Saunders de l'*Alberta First Nations Health Care Commission*, le fait d'avoir un budget fixe par région pour les soins de santé de toute la population indienne et inuit et d'inclure dans cette enveloppe les services non assurés ne donne pas de bons résultats maintenant que

la province a modifié son système de prestation des soins de santé. Il a signalé que les cotisations au régime ont augmenté mais que, compte tenu des changements apportés dans le secteur des soins de santé de l'Alberta, il n'y a pas d'argent frais disponible pour affronter la hausse des coûts. Il a donc fallu comprimer certains programmes, dont celui des soins à domicile.(28:61) Andrea Cook a dit, au sujet du Centre autochtone de services médicaux et sociaux d'Akwesasne: «Nous recevons par exemple des fonds pour payer nos travailleurs communautaires et pour financer notre programme de prévention de la toxicomanie. Le salaire que touchent ces travailleurs communautaires a très peu changé depuis 10 ans.»(21:22) Pour sa part, Bill Mussell a mentionné les difficultés découlant du contrat de formation conclu entre le *Sal'i'shan Institute* et la DGSM de Santé Canada. Selon lui, les crédits sont plafonnés depuis sept ans. L'Institut est en train de négocier afin d'obtenir plus d'argent pour pouvoir offrir tous les cours au programme.

2. Rigidité des critères de financement

En ce qui concerne les Premières nations, les critères touchant la répartition des crédits paraissent parfois inutilement rigoureux. Comme l'a indiqué Arnold Devlin de *Nodin Counselling*, quand une collectivité obtient de l'argent, ce sont les sources gouvernementales qui définissent la façon dont celui-ci sera utilisé. Souvent, cela ne traduit pas les besoins de la collectivité. Ainsi, dans une collectivité où il n'y a pas d'eau courante, où il n'y a qu'une génératrice diesel de faible puissance, où les maisons sont extrêmement surpeuplées et où il n'existe aucune installation récréative pour les jeunes, il est difficile d'orienter le financement vers la prestation de services sociaux et de santé plutôt que sur des besoins essentiels.(26:22) Richard Saunders, de l'*Alberta First Nations Health Commission*, a reconnu qu'il faut des critères rigoureux pour aboutir à des résultats, mais il est d'avis que les collectivités ont besoin d'une certaine souplesse afin de combler leurs besoins particuliers. Il a cité l'exemple d'une communauté qui voulait résoudre un problème de toxicomanie chez ses jeunes. Elle croyait pouvoir y parvenir par le biais des loisirs et voulait donc utiliser quelques centaines de dollars pour acheter des planches afin d'aménager une patinoire où les jeunes pourraient jouer librement au hockey. Mais les bureaucrates fédéraux ont refusé cette demande en disant que l'argent devait servir uniquement à des affiches enjoignant les jeunes à ne pas consommer de drogue.(28:59)

En ce qui concerne les Métis et les Indiens non inscrits, le problème, c'est qu'ils se trouvent à tomber entre les catégories constituées pour délimiter les compétences en matière de financement. Comme l'a dit Clifford Gladue de la *Métis Nation of Alberta*, «nous sommes perdus dans la mêlée. Les gouvernements ont tendance à nous confondre avec les Indiens [. . .] ou encore avec le reste de la population.»(28:59) Kenn Richard a raconté qu'il avait présenté une proposition de financement pour une initiative de lutte contre la violence familiale que devait gérer les *Native Child and Family Services* de Toronto. Comme la proposition avait été rejetée, il a voulu savoir

pourquoi et a constaté «qu'on avait considéré [s]a demande uniquement comme une demande autochtone. Elle a été mise dans la pile de toutes les demandes autochtones, le ministère des Affaires indiennes devant décider si nous allions obtenir des fonds ou pas. Eh bien, nous n'en avons pas eus, parce que le ministère des Affaires indiennes ne fait pas grand-place aux activités se déroulant à l'extérieur des réserves.» Après avoir demandé qu'on mette son projet dans la pile générale, il a été subventionné.(25:17-18)

3. Délais irréalistes et consultation inadéquate

Dans l'Est aussi bien que dans l'Ouest, des témoins ont dit au Comité que Santé Canada conçoit et met en oeuvre des programmes sans laisser aux communautés le temps de bien s'organiser. Theresa Meuse, de la *Confederation of Mainland Micmacs* en Nouvelle-Écosse, a expliqué qu'après l'annonce du programme Des collectivités en santé, en septembre 1994, les conseils de bande ont dû attendre trois mois avant de recevoir les subventions. Il ne leur restait plus que trois autres mois pour décider de la manière dont l'argent serait dépensé avant la fin de l'année financière, au risque, autrement, de le perdre.(29:31) Deborah Jackson, de la Première nation de Saddle Lake, a mentionné elle aussi le temps qu'il a fallu avant que cet argent parvienne à la communauté. Dans son cas, les crédits n'ont été disponibles qu'en mars 1995, de sorte qu'il était très difficile pour la communauté de s'en prévaloir puisque la somme devait être dépensée avant la fin de l'exercice, soit le 31 mars.(28:93)

Par ailleurs, plusieurs communautés ont déploré le manque de consultation préalable quant à la manière de mettre en oeuvre les initiatives et d'obtenir le financement. Certaines ont affirmé n'avoir été consultées qu'après l'attribution des fonds, alors que d'autres ont parlé de confusion touchant les sommes qui constituaient de l'argent frais et celles qui étaient des crédits existants.

4. Insuffisance du financement

Bon nombre de témoins ont parlé de l'insuffisance du financement pour les programmes de santé mentale des Autochtones. Cela a des effets négatifs sur la prestation des services et sur la façon dont les collectivités collaborent. D'après certains témoins, le manque d'argent pourrait pousser des collectivités à s'affronter afin de satisfaire leurs besoins financiers. Theresa Meuse a raconté quelle a été sa réaction la première fois qu'elle a constaté que les Premières nations n'étaient pas toutes égales en matière de répartition des ressources. Elle a parlé du «syndrome de la petite voix» pour montrer que les communautés moins importantes finissent par être oubliées à cause des contraintes de temps et d'argent.(29:29) Melanie Omeniho a mentionné que les communautés métis sont souvent laissées pour compte ou incluses, à leur détriment, dans le financement général. À son avis, «les membres des Premières nations et les Inuit ont eu de la chance en ce qui a trait à l'accès au financement dans le cadre de programmes».(25:14)

D'autres témoins croient que le financement de programmes particuliers en matière de prévention et de promotion de la santé, de médecine traditionnelle et de développement communautaire, ainsi que de suivi après traitement est souvent négligé. Jeff Reading s'est montré très positif en ce qui concerne la possibilité de prévenir la maladie mentale chez les jeunes grâce aux activités émanant de la base, au sein de l'Association autochtone des sports et loisirs de la Colombie-Britannique. Toutefois, comme il l'a dit, «c'est une association qui compte vraiment ses sous» et qui aurait grand besoin d'un soutien financier. (28:30) Un autre domaine dont on dit fréquemment qu'il manque de financement, c'est celui des centres de traitement à caractère culturel pour les jeunes, en particulier les centres qui peuvent répondre aux besoins de la famille tout entière. Fred Johnson, d'Alkali Lake, a signalé au Comité les efforts que sa communauté a déployés afin d'établir un centre de guérison et d'épanouissement pour les jeunes. «Malheureusement, nous nous sommes heurtés à bien des murs, dit-il. Pendant deux ans, nous avons cherché du financement.» (14:14)

Chris Corrigan a énuméré toute la gamme de services communautaires offerts par son organisme, l'Association des centres d'amitié indiens de la Colombie-Britannique. Alors que le pourcentage d'Indiens vivant à l'extérieur des réserves ne cesse d'augmenter, le financement des centres dans l'ensemble du Canada ne cesse de diminuer. Le témoin a affirmé que les centres d'amitié peuvent rendre de 3 \$ à 4 \$ de services pour chaque dollar reçu en subvention. (28:20-21) La réhabilitation a grand besoin aussi d'être financée. Rusty Wilson, de la même association, a tenu les propos suivants: «Les centres de traitement sont très bien pour les intéressés, mais qu'arrive-t-il lorsqu'ils rentrent chez eux et qu'ils font face à la même tentation? Il faut penser à l'après-traitement.» (28:21)

F. Formation

Le Comité s'est fait dire que les Autochtones qui souhaitent travailler dans leur collectivité sans avoir peut-être les diplômes exigés par les institutions dominantes devraient pouvoir obtenir une formation. Il existe en Colombie-Britannique un établissement d'enseignement postsecondaire privé, la *Sal' i'shan Institute Society*, qui a pour vocation de répondre aux besoins et aux aspirations des peuples autochtones et d'accorder la priorité aux questions de santé et de développement social. L'Institut a été créé en 1988 pour de multiples raisons: les établissements d'enseignement postsecondaire existants n'offraient ni la formation ni les outils nécessaires aux étudiants autochtones pour qu'ils puissent travailler dans leur milieu culturel distinctif; il n'existait aucun programme systématique ou organisé pour répondre aux besoins des travailleurs communautaires (dont bon nombre ne possèdent pas la scolarité requise ou la formation pertinente pour être acceptés à l'université); les collectivités avaient besoin immédiatement de travailleurs compétents pouvant intervenir dans le milieu, et les gens n'avaient pas le temps d'entreprendre de longues études universitaires. (22:14)

Le Comité a aussi entendu le témoignage de l'Association des médecins autochtones du Canada, selon laquelle des Autochtones vont faire leurs études de médecine aux États-Unis parce qu'on les a refusés dans les universités canadiennes. Afin d'accroître, au Canada, le nombre d'étudiants autochtones en sciences de la santé et en médecine, l'Association parraine et appuie certaines initiatives. En collaboration avec l'AMC, elle dispose d'un programme de bourses doté d'un fonds de 100 000 \$ qui lui permet d'offrir aux étudiants en médecine une bourse jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par étudiant chaque année, pendant une période de quatre ans. À l'heure actuelle, des médecins autochtones retournent donner des cours dans leur université afin de sensibiliser les étudiants à la santé des Autochtones. Selon Vince Tookenay, «dans l'ensemble, la plupart des programmes de formation offerts aux communautés autochtones sont des programmes à très court terme, qui permettent de former des conseillers ou quelque chose du genre. Cela ne débouche pas sur un véritable diplôme et on ne peut travailler ailleurs que dans les réserves». (20:49) L'Association collabore à l'heure actuelle avec Santé Canada à l'élaboration d'un programme de formation des travailleurs en santé mentale dans les collectivités autochtones.

Le Comité a entendu des témoignages selon lesquels les travailleurs communautaires autochtones «se débattent pour procurer des services à leurs clients tout en devant composer simultanément avec leurs propres besoins personnels et la menace omniprésente d'un épuisement professionnel³³». Au sujet du suicide, Celeste Andersen, qui travaille à la Commission des services de santé des Inuit du Labrador, s'est exprimée ainsi: «Le nombre de personnes bien formées pour les interventions de ce genre est très réduit. Ce qui vient également compliquer la situation, c'est que dans la plupart des cas, les travailleurs communautaires assurent des services de counselling et de soutien et qu'ils doivent travailler en étroite collaboration avec les familles et les amis. Eux-mêmes vivent souvent des moments très douloureux. L'épuisement professionnel constitue une menace très réelle pour nos travailleurs, puisqu'ils doivent essayer de résoudre les crises de leur collectivité et de leur famille.» (26:19)

Des témoins ont souligné que ceux qui travaillent pour enrayer ou prévenir le problème de la toxicomanie sont habituellement sélectionnés dans la collectivité par le chef ou le conseil de bande, lequel décide aussi s'ils seront envoyés en formation. Beaucoup s'accordent à dire que certains travailleurs sont soumis à un stress extrême parce qu'on exige qu'ils assument un grand nombre de rôles différents. Deanna Greyeyes, de la *Society for Aboriginal Addictions Recovery*, a mentionné que plus de la moitié de ceux qui reçoivent une formation à l'extérieur peuvent décider de quitter la collectivité parce que celle-ci ne peut les rémunérer. (24:17)

Dans l'ensemble, les témoins ont souligné la nécessité d'accroître le nombre de travailleurs autochtones. En outre, les intervenants de première ligne ont fortement besoin d'acquérir une formation adaptée à leur culture, qui favorisera leur équilibre

³³ Waseskun House, mémoire, p. 9.

personnel. William Mussell a soutenu que les programmes d'études et de formation doivent être conçus, élaborés et offerts de manière à répondre aux besoins de la collectivité en tant que client, avant ceux de la personne et de la famille; que le programme de formation doit mettre à l'honneur l'histoire et la culture autochtones; que les cours doivent se donner dans un contexte multiculturel; que le programme doit procurer l'occasion de participer à des expériences de deuil, de guérison et de changement afin de maximiser l'apprentissage; que l'enseignement et les possibilités d'apprentissage doivent être conçus de manière à répondre aux besoins des travailleurs communautaires sans leur imposer les travaux habituels du premier cycle d'études et que, dans le cadre des emplois qui leur sont offerts, les gens doivent être rémunérés de façon conforme aux connaissances et aux compétences non formelles et informelles qu'ils ont acquises grâce à leur travail en milieu communautaire.(22:20)

G. Collecte de données et partage de renseignements

Plusieurs témoins ont fait valoir que les programmes actuels doivent être mieux évalués et que la collecte de données et le partage des renseignements jouent, à cette fin, un rôle important. Il faut de meilleurs renseignements pour guider l'élaboration de politiques. Des témoins ont signalé qu'il est difficile de savoir au juste quels programmes de traitement ou de prévention sont les plus efficaces parce qu'on ne dispose pas des données nécessaires.

Certaines collectivités, comme celle d'Alkali Lake, ont réussi à faire part de leur succès dans une certaine mesure à l'aide de vidéos et d'un livre. Des conférences comme celles tenues par l'Association autochtone de la santé mentale et diverses organisations autochtones diffusent aussi de l'information. Cependant, d'autres collectivités dans lesquelles s'est rendu le Comité et divers témoins ont parlé de la difficulté de savoir ce que font les autres et d'en tirer des leçons.

Une plainte en particulier, concernant la collecte de données et le partage de renseignements touche à l'absence d'ordinateurs ainsi qu'au manque de formation quant à leur utilisation, là où il y en a. Plusieurs témoins ont souligné la nécessité d'une infrastructure technologique afin de partager les renseignements, particulièrement les façons d'utiliser les ordinateurs pour connaître les données et les renseignements rassemblés par les collectivités. Sharon Ruddherman, de l'Union des Indiens de Nouvelle-Écosse, a affirmé que :

Le gouvernement pense qu'il suffit de fournir un ordinateur à chaque bande, que c'est une infrastructure suffisante pour administrer un programme de santé. Pendant ce temps, dans les ministères du gouvernement, il y a des centaines et des milliers de travailleurs et d'ordinateurs qui administrent ces programmes pour les Premières nations.(29:19)

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A. *L'évolution vers le mieux-être*

Pendant ses audiences et ses visites dans les communautés autochtones, le Comité a appris que les trois grands groupes autochtones sont composés de sous-groupes très distincts ayant chacun leur propre patrimoine, langue, pratiques culturelles et croyances. Même s'il fait surtout allusion dans son rapport aux trois grands groupes autochtones, le Comité reconnaît la spécificité de chaque communauté. Bien que ses membres soient conscients du fait que les besoins de santé des peuples autochtones ont un lien avec leur culture et leurs traditions, il reconnaît que ces besoins varient aussi selon le lieu où ils vivent, qu'il s'agisse d'une réserve éloignée, d'un établissement ou d'un centre-ville.

Le Comité se rend compte que pour enclencher le processus de guérison et de mieux-être, il faudra que tous les Canadiens et Canadiennes prennent conscience du fait que les actions du passé influent sur la réalité que vivent actuellement les peuples autochtones. Les Indiens, Inuit et Métis de toutes les régions du Canada ont tous insisté sur le fait que leur histoire — les éléments positifs comme les éléments négatifs — constitue un élément essentiel de leur santé. Ils ont soutenu devant le Comité que la violence et les mauvais traitements dont eux-mêmes et d'autres sont victimes trouvent leurs racines dans le passé en raison de la colonisation, de l'assimilation et de l'acculturation. Selon eux, des facteurs liés à la relocalisation forcée, la religion organisée, l'imposition de valeurs éducatives différentes et des politiques fédérales, y compris la mise sur pied de pensionnats pour les enfants d'Indiens inscrits, ont nui de façon importante aux traditions, aux valeurs, aux croyances, aux comportements et à l'estime de soi des Autochtones. De plus, certains témoins ont insisté sur le fait que l'isolement des communautés et le manque d'accès à des services adéquats contribuent également à perpétuer les problèmes de comportement.

Même si les témoins ont souvent rappelé aux membres du Comité la diversité des peuples autochtones, ils ont insisté également sur le fait que certains éléments, jugés essentiels pour atteindre et maintenir le mieux-être, sont communs à tous les groupes. Ils ont souligné, entre autres, l'importance de la famille étendue en tant qu'unité de base de toutes les cultures autochtones en ce qui concerne l'éducation des enfants et la résolution des problèmes. À l'intérieur des familles étendues, les adultes ont la responsabilité collective d'assurer la santé et le bien-être des enfants. Leur conception du monde est holistique, de sorte que toutes les facettes de la vie d'un particulier doivent être prises en compte pour la résolution des problèmes.

Au cours de leurs visites, les membres du Comité ont remarqué la grande participation des femmes autochtones aux efforts des collectivités pour atteindre le mieux-être. D'après certains témoins, le rôle traditionnel des femmes en tant que

dispensatrices principales des soins à la famille les a préparées à leur rôle actuel de dispensatrices de services pour toute la communauté. Ils sont d'avis que les femmes voient le changement d'une façon consensuelle et à longue échéance. Les témoins ont réclamé une intégration plus poussée des femmes dans la conduite des affaires autochtones, au niveau communautaire, régional et national, ainsi que des changements qui permettront aux hommes d'être plus efficaces et plus présents dans les interventions en matière de santé.

1. Autonomie et autodétermination

De nombreux témoins ont soutenu que le développement communautaire, dans le sens le plus large du terme — c'est-à-dire la croissance économique, politique, sociale et culturelle — constitue un facteur essentiel de la progression vers le mieux-être au sein des communautés. Le développement communautaire ouvre aussi la voie à l'amélioration des conditions socio-économiques des peuples autochtones. Le renforcement de la communauté donne lieu à plus de partenariats et modifie le degré de dépendance à l'égard des ressources externes.

Le Comité reconnaît que le développement communautaire est étroitement lié à l'accès et au contrôle en matière d'utilisation des terres et des ressources. Pour les Indiens, les Inuit et les Métis, l'économie traditionnelle axée sur la chasse, la pêche, le piégeage et la cueillette était essentielle à leur bien-être. En plus d'assurer une base économique qui favorise l'autonomie, ces activités étaient une source de fierté et de confiance en soi. Or, les peuples autochtones qui veulent participer à de telles activités se trouvent à présent confrontés à d'autres segments de la société qui les concurrencent pour ces mêmes ressources ou qui estiment que l'usage traditionnel de ces ressources est moralement inacceptable.

Il était clair pour l'ensemble des membres du Comité que certains groupes, et même certaines communautés qui font partie de ces groupes, sont à des stades de développement différents en ce qui concerne l'évolution vers une plus grande autonomie. D'un bout à l'autre du pays, de nouveaux modèles de développement, qui sont souvent semblables au modèle de développement municipal, sont mis en oeuvre dans des communautés indiennes, inuit et métis. Dans les centres urbains, les organisations autochtones participent à la prestation directe des services sociaux et de santé. D'ailleurs, tous les groupes s'accordaient pour dire que la réalisation du mieux-être dépend d'une communauté solide. Cependant, certains témoins étaient d'avis que pour y parvenir, il faut d'abord assurer une plus étroite collaboration entre les différents paliers de gouvernement dont les activités influent sur la vie quotidienne des peuples autochtones comme sur celle des autres Canadiens et Canadiennes.

Tous les membres du Comité reconnaissent que le mieux-être doit être fondé sur la dignité, l'autonomie et l'autosuffisance. Le Comité appuie l'ensemble des efforts déployés par les peuples autochtones pour réaliser l'autodétermination et l'autonomie

gouvernementale. Il est d'avis que le règlement des revendications territoriales, qui donnerait aux Autochtones la possibilité de mieux contrôler les terres et les ressources, est une condition fondamentale de la réalisation du mieux-être. Il reconnaît en outre que, comme d'autres communautés et populations au Canada, les peuples autochtones veulent participer pleinement à la prise de décisions et exercer le pouvoir de distribuer les différentes ressources nécessaires à leur santé. Le rôle des gouvernements et des organisations autochtones consiste à faciliter la réalisation du mieux-être au sein des collectivités.

2. Programmes efficaces

À maintes reprises, des témoins ont affirmé devant le Comité que les programmes favorisant le mieux-être qui ont connu le plus de succès ont quelques caractéristiques en commun. D'abord, ils reposent sur la participation réelle des différents membres de la communauté. Deuxièmement, du fait de leur participation aux programmes, les membres de la communauté assument la responsabilité collective de leur exécution. Troisièmement, cette responsabilité collective se traduit par une volonté de la part de ces membres d'investir de leur temps dans ces programmes pour en assurer le succès.

À l'heure actuelle, bien que les dirigeants autochtones soient souvent des décideurs bien visibles en ce qui concerne la prestation des services dans les communautés, ils ne participent pas toujours à la conception des programmes. Le principe d'une large participation communautaire est considéré comme une condition *sine qua non* pour améliorer l'état de santé des populations. Les communautés qui sont considérées par les autres, et qui se considèrent elles-mêmes, comme des experts pour ce qui est de répondre à leurs propres besoins réussissent à créer des programmes plus solides et plus efficaces. De plus, le genre de collaboration qu'il faut assurer entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'économie et des loisirs se réalise plus facilement au niveau local.

Les témoins ont également affirmé que les approches à la fois traditionnelles et occidentales sont nécessaires pour atteindre le mieux-être. Bien qu'ils aient insisté sur l'importance de leurs méthodes traditionnelles, ils reconnaissaient également que leur monde, comme celui qui les entoure, a évolué et exige un effort d'adaptation. Toutefois, pour de nombreux témoins, il est primordial de garantir l'accès à des services conçus et mis en oeuvre en fonction de la réalité culturelle des Autochtones. Les programmes élaborés par les peuples autochtones dans leurs propres communautés peuvent englober les éléments culturels et spirituels qu'ils jugent essentiels au succès de telles initiatives.

3. Diffusion de l'information

En discutant avec les témoins qu'ils ont rencontrés à Ottawa et ailleurs au pays, les membres du Comité se sont rendu compte que bon nombre de ces témoins n'étaient aucunement au courant des diverses initiatives actuellement en cours pour maintenir ou

rétablir le mieux-être dans les autres communautés autochtones. En même temps, ils ont constaté que les initiatives dont on leur a parlé ou au sujet desquelles ils ont reçu certaines informations ne constituaient qu'une infime partie des multiples efforts actuellement déployés dans diverses régions du pays. Le Comité estime qu'il faut communiquer sur une plus grande échelle et d'une façon plus efficace les données sur les nombreux programmes, quel que soit leur succès, car le partage de l'information peut éviter le dédoublement des efforts et permettre aux collectivités d'adapter des modèles à leurs besoins particuliers.

L'insuffisance des mécanismes de diffusion de l'information nuit en effet aux efforts déployés pour atteindre le mieux-être. L'information est un élément essentiel de l'habilitation. Les individus et les communautés se retrouvent souvent à essayer de créer et d'appliquer un programme qui a été mis en oeuvre ailleurs, avec divers résultats. Parfois, les communautés qui ont conçu des programmes ayant bien fonctionné dans certaines circonstances mais non dans d'autres voudraient pouvoir partager les connaissances acquises au cours de ces expériences, mais ne peuvent le faire, faute de ressources. Il faut absolument que les individus et les communautés possèdent les connaissances et les capacités requises pour faire les choix et prendre les décisions qui favorisent la santé. Le Comité reconnaît que l'information est primordiale pour permettre aux individus d'acquérir les connaissances et les capacités personnelles qui les habiliteront à agir en leur propre nom et au nom de leur famille et de leur collectivité.

4. La jeunesse

En ce qui concerne les problèmes des jeunes autochtones, les témoins ont exprimé plusieurs préoccupations importantes. Les données actuellement disponibles sur le sujet laissent supposer que le développement prénatal et les expériences de la première enfance ont une incidence durable sur tous les aspects de la santé. Les interventions à d'autres moments critiques ou périodes de transition, comme l'entrée à l'école, l'adolescence et le passage à l'âge adulte sont également considérées importantes. Selon plusieurs témoins, bon nombre de communautés ont besoin de plus de ressources pour les enfants d'âge préscolaire, c'est-à-dire la période pendant laquelle se développent les capacités physiques, affectives, spirituelles et intellectuelles. Les enfants d'âge scolaire, fréquentant les écoles primaires et secondaires ont également besoin de ressources, et il en va de même pour les jeunes qui approchent l'âge de quitter l'école.

De nombreux témoins ont insisté sur la nécessité de créer des programmes de promotion de la santé et de prévention qui visent plus particulièrement les jeunes à toutes les étapes de leur développement. Ils ont également parlé du rôle déterminant des écoles et de l'importance de l'accès à des centres récréatifs et de loisirs. Bien que les besoins de ce groupe d'âge soient surtout liés à la prévention, pour de nombreux

préadolescents et adolescents, il existe également un besoin de traitement quand se présentent des problèmes liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie et à la violence physique et sexuelle. Pour se rétablir, ces adolescents ont souvent besoin de services qui sont différents de ceux dispensés aux adultes.

5. Plan d'action

On a insisté devant les membres du Comité sur l'abondance des rapports et des propositions de changement présentés en vue d'améliorer la situation des peuples autochtones. En effet, cette population d'un million de Canadiens et Canadiennes a été à maintes reprises désignée par des organismes internationaux, nationaux et régionaux comme étant l'une des plus nécessiteuses du pays. Malgré l'ampleur des efforts déployés, le Comité a vu très peu de preuves concrètes que la situation des peuples autochtones avait favorablement évolué.

On a expliqué au Comité que les peuples autochtones avaient été ciblés à des degrés variables par de nombreuses stratégies fédérales de santé coordonnées par Santé Canada, y compris l'Initiative pour le développement de l'enfant, l'Initiative de prévention de la violence familiale, la Stratégie canadienne antidrogue, et plus récemment, le programme intitulé «Pour des collectivités en bonne santé». On lui a également expliqué les grandes lignes de la Stratégie de développement économique des Autochtones administrée par Affaires indiennes et du Nord Canada. Parmi les critiques formulées à l'égard des efforts fédéraux, notons le fait que ces initiatives divisent parfois les communautés, sont de courte durée, imposent des conditions rigides et qu'elles sont lancées en absence de consultations exhaustives.

Des efforts sont en cours dans les provinces et les territoires pour élaborer un plan global de réalisation du mieux-être dans les diverses communautés autochtones situées sur leur territoire. Bien que la forme exacte que prendront ces plans provinciaux et territoriaux au moment de leur mise en application soit encore inconnue, ceux-ci illustrent comment les besoins de tous les groupes autochtones peuvent être abordés dans une perspective globale et coordonnée.

Même s'il reconnaît que les communautés individuelles doivent jouer un rôle de chef de file pour ce qui est d'élaborer et d'exécuter des programmes de mieux-être, le Comité constate que tous les gouvernements — fédéral, provinciaux, territoriaux, municipaux, de bandes et d'établissements — doivent élaborer au moyen des ressources existantes un plan global et bien coordonné qui réponde aux besoins de tous les peuples autochtones du Canada. Le Groupe de travail tripartite sur la santé des Autochtones a déjà demandé à la ministre fédérale de la Santé de diriger l'examen et l'élaboration de mécanismes de financement en vue d'une bonne planification stratégique des services de santé et d'établir un mécanisme de prestation efficace des services de santé à tous les peuples autochtones. De plus, les ministres de la Santé

fédéral, provinciaux et territoriaux envisagent actuellement de définir des objectifs nationaux de santé, axés sur les orientations communes des objectifs au niveau provincial.

Selon de nombreux témoins, un bon état de santé repose sur des éléments sociaux, économiques, politiques et culturels. Les témoins ont également fait état, par rapport à chacune de ces sphères, d'indicateurs de la santé qui fournissent des seuils pour évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés. Ces seuils peuvent servir de points de référence afin de non seulement fixer les objectifs mais aussi mesurer les résultats obtenus. Un exemple bien connu de l'application de ces seuils est le programme entrepris dans l'État de l'Oregon, aux États-Unis.

Tout plan d'action global pour réaliser le mieux-être doit s'intéresser aux grands problèmes identifiés par les groupes autochtones — l'alcoolisme et la toxicomanie, le suicide et la violence familiale. L'utilisation rigoureuse des données actuelles permettrait d'établir un seuil historique de l'incidence de ces problèmes et de fixer un certain nombre de seuils à atteindre dans des délais déterminés. Par exemple, si le taux actuel de consommation d'alcool et de drogues chez les adultes est de 50 p. 100, l'objectif consisterait à le réduire de moitié, c'est-à-dire à 25 p. 100, dans un délai de cinq ans. Les communautés où la consommation d'alcool et de drogues a été désignée comme un problème particulier pourraient travailler avec différents partenaires à trouver les moyens appropriés pour réduire le taux d'incidence de ce problème et évaluer l'efficacité de leurs efforts.

B. Que recommande le Comité?

Un plan d'action national basé sur la collaboration

Les membres du Comité reconnaissent le mouvement qui se dessine à tous les paliers de gouvernement — fédéral, provincial, territorial, municipal, de bande ou d'établissement — pour favoriser le mieux-être dans les communautés autochtones. Ils reconnaissent les efforts déployés pour régler les questions de territoire et de ressources et pour aider à accroître le développement économique et l'autonomie. Ses membres sont convaincus cependant qu'un plan d'action national s'impose. Ce plan d'action national doit être suffisamment flexible pour prendre en compte les besoins des différentes régions. Ils s'accordent également pour dire qu'il ne sera possible d'obtenir des résultats concrets et positifs en ce qui concerne le rétablissement du mieux-être chez les Autochtones que si les obstacles créés par le partage actuel des responsabilités sont éliminés et si les communautés peuvent compter sur la collaboration avec, et entre, les différents gouvernements et représentants du secteur privé.

1. Un mécanisme de consultation

Les requêtes relatives à un mécanisme de consultation pour prendre en considération les besoins en santé de tous les peuples autochtones ont déjà été soulignées à plusieurs reprises, notamment par le Groupe de travail tripartite sur la santé des Autochtones et la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. Le Comité s'entend pour dire que les divers paliers de gouvernement peuvent travailler en collaboration avec les communautés pour développer un plan global et coordonné visant le mieux-être.

Le Comité recommande :

que la ministre fédérale de la Santé propose à la Conférence canadienne des ministres de la santé l'établissement immédiat d'un mécanisme de consultation en vue d'élaborer un plan d'action national sur le mieux-être des Autochtones;

que ce mécanisme de consultation repose sur la participation des représentants de tous les peuples autochtones et des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux;

que ces représentants travaillent avec les communautés individuelles à déterminer et à réaliser des partenariats qui favorisent le développement communautaire³⁴.

2. Le rôle du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral joue un rôle clé pour ce qui est de coordonner des stratégies nationales touchant la santé de l'ensemble de la population. Plus particulièrement, il a des responsabilités reconnues dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, surtout quand les préoccupations touchant la santé et les activités entreprises concernent plusieurs paliers de gouvernement. Le Comité estime qu'un plan global et bien coordonné est nécessaire pour garantir que les plans stratégiques élaborés et mis en application par les communautés individuelles permettent de réaliser des objectifs nationaux de santé visant l'ensemble de la population. La ministre fédérale de la Santé est la mieux placée pour travailler avec les ministères fédéraux,

³⁴ Tous les députés du Bloc Québécois présents à la réunion ont appuyé l'adoption du rapport. Ils ont demandé, cependant, que la note de renvoi suivante soit ajoutée au rapport : Le Bloc Québécois estime que bien que conscient de l'ampleur des problèmes de santé mentale auxquels sont confrontés les autochtones au Canada, il ne revient pas au gouvernement fédéral de prendre l'initiative d'un plan d'action, compte tenu que la santé relève exclusivement de la compétence des provinces. Le Bloc Québécois estime que cette initiative doit venir des provinces, en collaboration avec les communautés autochtones. Toutefois, nous n'excluons pas qu'une certaine coordination puisse être faite au niveau canadien par le biais de la Conférence canadienne des ministres de la Santé afin que les efforts concertés des gouvernements provinciaux permettent d'apporter des améliorations significatives à la santé des Autochtones.

provinciaux et territoriaux compétents afin de s'assurer que les mesures concrètes conçues pour améliorer les conditions socio-économiques et le mieux-être de l'ensemble des communautés indiennes, métis et inuit soient vraiment efficaces.

Le Comité recommande :

que Santé Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones nationales, prenne l'initiative de coordonner et de mettre en oeuvre le plan d'action pour le mieux-être des Autochtones;

que le plan comprenne des mesures spécifiques du degré de mieux-être, qu'il établisse des objectifs clairs, et qu'il prévoie des délais fixes pour la mise en oeuvre d'une action et pour l'évaluation des progrès;

que la ministre de la Santé, à la suite d'une consultation auprès des organisations autochtones nationales, dépose devant le Parlement un rapport annuel sur les progrès réalisés en ce qui concerne le mieux-être des Autochtones;

que ce rapport annuel énonce les domaines précis où des seuils sont établis, les objectifs précis qui sont fixés pour un délai particulier, et les divers moyens envisagés pour la réalisation de ces objectifs.

3. Le rôle des communautés

Le Comité estime que les critères jugés essentiels par les peuples autochtones pour assurer le succès des programmes doivent être à la base de tout projet futur. Le succès des programmes de mieux-être dépend de l'acceptation et de la participation des communautés à la conception, l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des diverses initiatives. Les membres de la communauté — les jeunes et les personnes âgées, les hommes et les femmes, les travailleurs et les sans-emploi — sont les mieux placés pour évaluer leurs besoins, proposer des approches appropriées et en évaluer l'efficacité.

Le Comité recommande :

que dans le cadre du mécanisme de consultation sur le mieux-être autochtone, les ressources actuelles — tant humaines que financières — soient réaffectées pour habilitier les communautés à s'impliquer pleinement dans les consultations portant sur les préoccupations de tous leurs membres;

que cette consultation soit permanente et qu'elle constitue le fondement de tout plan d'action stratégique exécuté par la communauté en fonction de seuils précis;

que les dirigeants aux niveaux communautaire, régional, provincial et national adoptent rigoureusement les priorités déterminées par la communauté en établissant des objectifs et des mesures concrètes à incorporer au plan national;

que les programmes et services jugés nécessaires pour répondre aux besoins particuliers des diverses communautés permettent d'indiquer où et à quel moment on peut s'attendre à obtenir des résultats concrets.

4. Diffusion de l'information

Le Comité est fermement convaincu que si l'on veut assurer l'efficacité d'un plan d'action national, il faut absolument trouver différents moyens de faciliter l'échange d'information. Le Comité reconnaît que l'existence d'un point central où pourraient s'adresser tous les groupes permettrait de mieux partager les expériences et de mieux coordonner les initiatives.

Le Comité recommande :

que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones, crée un centre national de documentation chargé de recevoir, d'organiser et de diffuser l'information touchant les initiatives sur le mieux-être lancées par les communautés autochtones.

5. Domaines prioritaires

Le Comité a identifié plusieurs priorités qui doivent être prises en compte au cours de l'élaboration du plan d'action national pour le mieux-être des Autochtones et pour orienter les ressources vers des initiatives communautaires particulières. Les membres tiennent à mettre l'accent sur les facteurs socio-économiques comme éléments essentiels au mieux-être. Ils sont aussi conscients du fait qu'il existe une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans au sein des communautés autochtones et ils estiment fermement qu'il faut porter plus d'attention aux préoccupations et besoins des enfants d'âge préscolaire, des préadolescents et des jeunes approchant l'âge de quitter l'école. En outre, ils partagent l'opinion des témoins à l'effet que les méthodes de guérison traditionnelles et d'autres initiatives appropriées sur le plan culturel nécessitent plus de reconnaissance et plus de soutien.

Le Comité recommande :

que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements des provinces et territoires et les organisations autochtones, s'assure que le plan d'action national vise le développement socio-économique, les jeunes et les méthodes de guérison traditionnelles comme grandes priorités.

ANNEXE A

Liste des témoins

Associations et individus	Fascicule	Date
Assemblée des Premières nations Maxine Cole, coordonnateur du projet EAGLE Keith Conn, coordonnateur de l'environnement ³ Alfred Linklater, directeur de l'éducation Ovide Mercredi, chef national	15	le mardi 18 octobre 1994
Association des femmes autochtones du Canada Amy Angeconeb, directrice exécutive Claudette Dumont-Smith, spécialiste en santé	15	le mardi 18 octobre 1994
Conseil national des autochtones Darliea Dorey, vice-présidente Diane Jardine, directrice de la justice Dan Ryan, directeur exécutif	15	le mardi 18 octobre 1994
Conseil national des femmes Métis Sheila Genaille, présidente Marc LeClair, directeur administratif général, Conseil national des Métis Lucille McLeod, «Alberta Métis Women»	16	le jeudi 20 octobre 1994
Conseil national des Métis Diane Kinnon, consultante en santé Marc LeClair, directeur administratif général Gerald Morin, président Gerald Thom, président, «Métis Nation of Alberta»	16	le jeudi 20 octobre 1994
Pauktuutit (Association des femmes inuit) Martha Flaherty, présidente Roda Grey, coordonnatrice de la santé Tracy O'Hearn, assistante spéciale	16	le jeudi 20 octobre 1994

Associations et individus	Fascicule	Date
Commission royale sur les peuples autochtones Marlene Brant-Castelano, codirectrice de la recherche	17	le mercredi 26 octobre 1994
Inuit Tapirisat du Canada Rosemary Kuptana, présidente	17	le mercredi 26 octobre 1994
Ministère des Affaires indiennes et du Nord Kerry Kipping, directeur, Direction des relations avec les Premières nations Stuart Swanson, directeur, Direction des paiements de transfert	18	le mardi 1 ^{er} novembre 1994
Santé Canada Jerome Berthelette, directeur général, Politiques des programmes et de la planification, Direction générale des services médicaux Paul Cochrane, sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux Gweneth Gowanlock, directrice exécutive, Secrétariat national sur le SIDA, Direction générale des programmes et des services de santé Catherine Lane, directrice générale, Promotion de la santé Direction générale des programmes et des services de la santé Judith Ross, analyste principale de programme et coordinatrice Direction générale des services médicaux Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et des services de la santé Kathy Stewart, directrice par intérim, Division de la prévention de la violence familiale, Direction générale des programmes et des services de santé Brian Ward, directeur général, Bureau des enfants, Direction générale des programmes et des services de santé	18	le mardi 1 ^{er} novembre 1994
«Anishnawbe Health Centre, Toronto» Shirley Morrison, gérante, Programme de la santé	20	le jeudi 8 décembre 1994

Associations et individus	Fascicule	Date
Association des médecins autochtones du Canada Dr Arthur Blue, psychologue, clinique «Open Arrow» Dr Thomas Dignan, hôpital «South Muskoka Memorial» Dr Vince Tookenay, président	20	le jeudi 8 décembre 1994
Institut Nechi Maggie Hodgson, directrice exécutive	20	le jeudi 8 décembre 1994
Maison Waseskun Daniel Paul Bork, membre du conseil d'administration Andrew Giasson, membre du conseil d'administration	20	le jeudi 8 décembre 1994
Association de la santé mentale des autochtones du Canada Dr Clare Brant, trésorière	21	le jeudi 15 décembre 1994
«Akwasasne First Nation Health and Social Services Facility» Andrea Cook, gérante, Programme de la santé mentale Joanne Francis, agent de liaison communautaire, Programme de santé mentale	21	le jeudi 15 décembre 1994
Association nationale des centres d'amitié Wayne Helgason, président Ivan Williams, vice-président Mark Maracle, directeur exécutif	21	le jeudi 15 décembre 1994
Centre pour éducation, recherche et culture autochtones Madeleine Dion Stout, directrice	21	le jeudi 15 décembre 1994
Association des médecins autochtones du Canada <i>(Panel sur la guérison traditionnelle en temps moderne)</i> Dr Judith Bartlett, vice-présidente	22	le jeudi 16 février 1995

Associations et individus	Fascicule	Date
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada <i>(Panel sur la guérison traditionnelle en temps moderne)</i> Lea Bill, présidente	22	le jeudi 16 février 1995
Institut Sal'i'shan <i>(Panel sur la guérison traditionnelle en temps moderne)</i> Agnes Snow, chef, Tribu «Canoe Creek», C.B. William Mussell, directeur principal	22	le jeudi 16 février 1995
Première Nation du lac Alkali <i>(Panel sur l'abus d'alcool et de drogues)</i> Fred Johnson, coordinateur, Programme sur l'alcool et les drogues Joyce Johnson, conseillère de bande sortante	24	le jeudi 23 février 1995
«Association of Iroquois and Allied Indians» <i>(Panel sur l'abus d'alcool et de drogues)</i> Cathryn George, directrice de la santé Terry Elijah, conseiller pour l'abus des drogues et de l'alcool	24	le jeudi 23 février 1995
«Poundmaker's Lodge» <i>(Panel sur l'abus d'alcool et de drogues)</i> Pat Shirt, directeur général	24	le jeudi 23 février 1995
«Society of Aboriginal Addictions Recovery» <i>(Panel sur l'abus d'alcool et de drogues)</i> Deanna Greyeyes, directrice générale	24	le jeudi 23 février 1995
«Women of Metis Nation» (Alberta) <i>(Panel sur les abus physiques et sexuels)</i> Melanie O'Meniho, présidente	25	le mardi 28 février 1995

Associations et individus	Fascicule	Date
«Native Child and Family Services of Toronto» <i>(Panel sur les abus physiques et sexuels)</i> Kenn Richard, directeur général	25	le mardi 28 février 1995
«MicMac Family Treatment Program» <i>(Panel sur les abus physiques et sexuels)</i> Jeanne MacLean, coordinatrice Noël Doucette, chef, Conseil de bande «Chapel Island»	25	le mardi 28 février 1995
«Labrador Inuit Health Commission» <i>(Panel sur les jeunes autochtones et le suicide)</i> Iris Allen, directrice générale Celeste Andersen, coordinatrice du programme Grandir ensemble	26	le jeudi 2 mars 1995
Première Nation «Redbank», N.B. <i>(Panel sur les jeunes autochtones et le suicide)</i> Noah Augustine, coordinateur des Interventions contre le suicide	26	le jeudi 2 mars 1995
«Nodin Counselling» (Sioux Lookout, Ontario) <i>(Panel sur les jeunes autochtones et le suicide)</i> Arnold Devlin, administrateur de clinique	26	le jeudi 2 mars 1995
«Metis Child and Family Services of Alberta» <i>(Panel sur les jeunes autochtones et le suicide)</i> Lorna Downey, coordinatrice des programmes	26	le jeudi 2 mars 1995
«Ermineskin Extended Family Unit Services» <i>(Panel sur les jeunes autochtones et le suicide)</i> Grace Morin, travailleuse en service familial, Division des services à l'enfance	26	le jeudi 2 mars 1995

Associations et individus	Fascicule	Date
Institut canadien de la santé infantile Denise Avard, directrice générale Kristen Underwood, recherchiste	27	le mardi 14 mars 1995
Secrétariat de la santé autochtone, Gouvernement de l'Ontario Carrie Hayward, coordinatrice	27	le mardi 14 mars 1995
Commission royale sur les peuples autochtones Georges Erasmus, coprésident René Dussault, coprésident	27	le mardi 14 mars 1995
«Thompson Okanagan Metis Association» Agda Neumann, présidente	28	le vendredi 24 mars 1995
Association des centres d'amitié des Indiens de Victoria, C.B. Rusty Wilson, directeur général Chris Corrigan, analyste principal des politiques	28	le vendredi 24 mars 1995
«Helping Spirit Lodge Society» Sandra McKay, coordinatrice, Programme «Spouse Assault» Bernie Whiteford, directrice générale	28	le vendredi 24 mars 1995
«Aboriginal Sport and Recreation» Dr Jeff Reading, conseiller en politiques Katharina Palmer, experte-conseil	28	le vendredi 24 mars 1995
«Vancouver Native Health Society» Lou Demerais, directeur général	28	le vendredi 24 mars 1995
«Yukon Indian Women's Association» Bobbi Smith, directrice, «Dene Nets'edet'an»	28	le vendredi 24 mars 1995
«Grandview School» Lou Dubois, directeur John Barton, directeur adjoint Lorna Williams, spécialiste en éducation pour les Premières nations	28	le vendredi 24 mars 1995
«Alberta First Nations Health Care Commission» Richard Saunders, conseiller en politiques	28	le vendredi 24 mars 1995

Associations et individus	Fascicule	Date
Société des femmes autochtones de l'Alberta Doris Calliou, présidente, coordonnatrice de programme «Mamaokistetama Society» Gloria Laird, représentante des autochtones, Conseil provincial sur la santé mentale	28	le vendredi 24 mars 1995
«Metis Nation of Alberta» Clifford Gladue, vice-président Ed Swain, conseiller principal	28	le vendredi 24 mars 1995
«Metis Association, Yellowknife» des TNO (Section sur la santé et le mieux-être) Nancy Peel, agente en programmation Vera Morin, recherchiste	28	le vendredi 24 mars 1995
«Saddle Lake First Nation Health Unit» Deborah Jackson, directrice, Services humanitaires Cherrilene Steinhauer, conseillère de bande	28	le vendredi 24 mars 1995
«Dial-A-Life» Winnie Giesbrecht, présidente Rose Sutton, travailleuse sociale	28	le vendredi 24 mars 1995
Fédération des Métis du Manitoba Marielee Nault, coordinatrice en santé, Conseil des gouverneurs, Région du sud-est	28	le vendredi 24 mars 1995
Centre «Ma Mawi Wi Chi Itata» Sharon Perrault, responsable de groupe, Programme sur la violence familiale Robert DeCoste, conseiller en violence familiale	28	le vendredi 24 mars 1995
«Northern Fly-In Sports Camps» Professeur Neil Winther, Programme en récréologie, Université du Manitoba Sergent Paul Currie (GRC)	28	le vendredi 24 mars 1995
Programme «Aboriginal Shield», GRC, Winnipeg Sergent Russ Waugh	28	le vendredi 24 mars 1995

Associations et individus	Fascicule	Date
«Native Women's Transition Centre», Winnipeg Lucille Bruce, directrice générale Celeste McKay, coordinatrice de programme	28	le vendredi 24 mars 1995
Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse Dwight Dorey, chef et président Roger Hunka, directeur général Theresa MacDonald, conseillère médicale	29	le vendredi 24 mars 1995
Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse Sharon Rudderham	29	le vendredi 24 mars 1995
Confédération de «Mainland MicMacs» Theresa Meuse	29	le vendredi 24 mars 1995
Premières Nations Tobique Edward Perley	29	le vendredi 24 mars 1995
Services à l'enfance et à la famille indienne du Nouveau-Brunswick Glen Caplin, surveillant	29	le vendredi 24 mars 1995
Gendarmerie royale du Canada (GRC), Division «J» Sergent Pierre Lemonde Constable Stephen Urguhart	29	le vendredi 24 mars 1995
Union des Indiens du Nouveau-Brunswick Michael Ward, chef	29	le vendredi 24 mars 1995

ANNEXE B

Mémoires soumis par écrit au comité durant son étude

Brokenhead Ojibway Nation, "Mental Health Presentation", par Jean Prince, coordonnatrice de la santé mentale, Manitoba, mars, 1995.

Conseil de la bande indienne Eskasoni, «Proposal for a Comprehensive Mental Health Centre», Mémoire présenté au Comité, le 23 mars 1995.

Conseil de la bande indienne Eskasoni, lettre au Comité rédigée par Soeur Franklyn Ferguson, Directrice, «Eskasoni Social Work Service», datée le 2 mai 1995.

Fishing Lake Metis Settlement, «A Brief submitted to the Standing Committee on Health», rédigé par Audrey Franklin, Directrice des services sociaux et communautaires, mars 1995.

Fishing Lake Metis Settlement, «Brief on Healing the Spirit Program» rédigé par Rick Parenteau, coordonnateur de programme, mars 1995.

Meadow Lake Tribal Council, «Mental Health/Wellness Plan», Meadow Lake, Saskatchewan, octobre 1994.

Mid-Island Tribal Council, «Family Development Program Manual on Family Violence», Chemainus, C.B., avril 1995.

Pikangikum First Nation, Mémoire soumis au Comité par le «Pikangikum First Nation Health Committee», mars 1995.

Université de la Colombie Britannique, lettre au Comité rédigée par le Dr Robert F. Woollard, M.D., Chef adjoint et professeur associé, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, datée du 13 avril 1995.

ANNEXE C

Documents déposés auprès du comité durant son étude

Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee, *«For Generations to Come: The Time is Now – A Strategy for Aboriginal Family Healing»*, Ontario, septembre 1993.

Aboriginal Standards Committee, Family Violence and Sexual Abuse Workers, C.-B.. *«Highest Goals and Standards for Quality Programs and Services: A Framework for Community Building»*, 1994.

Adrian Gibbons and Associates, *Évaluation à court terme du transfert des programmes de santé des indiens*, préparé pour la Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, janvier 1992.

Art, Blue, *Le développement psychologique dans une famille autochtone du Nord*, mars 1995.

Assemblée des premières nations avec la Commission royale sur les peuples autochtones, *«Special Consultations on Suicide in First Nations Communities»*, les 14 et 14 avril 1993, Aylmer, Québec.

Assemblée des premières nations avec Santé Canada et l'Association canadienne pour le diabète, *«Framework for the Prevention and Care of Diabetes in First Nations in Canada»*, Ottawa, 1993.

Assemblée des premières nations avec Santé Canada et l'Association canadienne pour le diabète, *«Planning Guide for the Prevention and Care of Diabetes in First Nations in Canada»*, Ottawa, 1994.

Assemblée des premières nations avec Santé Canada, *«E.A.G.L.E. Project: Annual Report 1992/93»*.

Association des médecins autochtones du Canada, *«Final Report of the Proceedings of the Workshop on Developing a Framework Document for the Training of First Nations Community Mental Health Workers»*, tenu à Winnipeg en mars 1994, document révisé en septembre 1994.

Association médicale canadienne, «*Bridging the Gap – Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*», Ottawa, 1994.

Association sur la santé mentale des autochtones, «*Healing the Wounds of the Native Family: Highlights of Conference '92*», Ottawa, 1992.

Augustine, Nelson J., «*Mourning and Healing, A Spiritual Gathering*», Big Cove, du 8 au 15 mars 1993.

Augustine, Nelson J., «*Report on Cultural and Spiritual Awareness for Youth: The Earth Ambassador Summer Training for Youth Program*», du 21 juin au 2 juillet 1993.

Bartlett, Judith G., «*Rethinking Primary Care*», rédigé pour le «*7th Canadian Health Economics Policy Association (CHEPA) Health Policy Conference*», les 19 et 20 mai 1994, et révisé le 4 janvier 1995.

Big Cove First Nation, «*A Rationale for the Continuation of Current Mental Health Services*», Document presented to Medical Services Branch, juin 1994.

Big Cove First Nation, «*Review of Family Violence Issues: Recommendations*» avril 1992.

Bill, Lea, «*Health Determinants of Aboriginal Women*», rédigé pour le Conseil consultatif sur le statut des femmes, Colloque sur la Santé des Femmes, Ottawa, septembre 1994.

Bodnar, Ana and Devlin, Arnold, «*Suicide Epidemic Among First Nations Youth: Patterns of Grieving, New Models of Healing*», rédigé pour le «*International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society*», Suède, le 13 juin, 1994.

Brant, Clare C., «*Règles de conduite et éthique autochtone*» «*Canadian Journal of Psychiatry*». Vol. 35, no 6, août 1990, pp. 534–539.

Centre de santé Talattavik de l'Ungava, *Rapport annuel 1993–1994*.

Comité consultatif fédéral–provincial–territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population – Investir dans la santé des Canadiens*, préparé pour la Conférence des ministres de la Santé, 14–15 septembre 1994.

Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale et les Autochtones du Québec*, Québec, 1994.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Consultations et rapports régionaux – Résumé des questions et des recommandations*, Rapport d'information no. 6, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Ententes fédérales-provinciales actuelles concernant les services de santé mentale*, Rapport d'information no. 2, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Inventaire des programmes autochtones nationaux relatifs à la santé mentale*, Rapport d'information no 3, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Programme de santé mentale destiné aux Premières Nations et aux Inuit*, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 24 juin 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Programmes de formation existants et propositions par région*, Rapport d'information no 5, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Sommaire des programmes et des services nationaux et considérations fondamentales*, Rapport d'information no. 4, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones, *Statistiques sur la santé mentale des Autochtones*, Rapport d'information no 1, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1991.

Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, *Le système de soins de santé au Canada et son financement: des choix difficiles*, Bob Porter, présidence, juin 1991.

Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social, *Boisson, pilules et drogue: comment diminuer leur consommation au Canada*, Bruce Halliday, présidence, octobre 1987.

Commission de la santé des premières nations, Assemblée des premières nations, «*Report on the Second International Conference on Diabetes and Native Peoples: Sociocultural Approaches in Diabetes Care for Native Peoples*», Hawaii, du 19 au 21 mai 1993.

Commission de la santé des premières nations, «*Annual Report 1993-94*», Juin 1994.

Commission de la santé des premières nations, «*Breaking the Silence: An Interpretative Study of Residential School Impact and Healing as Illustrated by the Stories of First Nations Individuals*», juin 1994.

Commission de la santé des premières nations, «*Bridging the Gap: Report on the National Roundtable on HIV/AIDS and First Nations Populations*», Ottawa, les 15 et 16 mars 1994.

Commission de la santé des premières nations, «*Draft Report on First Nations Child Well-Being*», octobre 1994.

Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie – Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, Ottawa, janvier 1995.

Commission royale sur les peuples autochtones, *Sur le chemin de la guérison – Rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*, Ottawa, 1993.

Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse, «*Social Security Reform Project*», mémoire soumis au Comité permanent sur le développement des ressources humaines, Nouvelle-Écosse, décembre 1994.

Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse, «*Taliaq Mi'kma'ki*», revue trimestrielle, 2 numéros déposés; décembre 1994 et mars 1995.

Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse, «*The History and Achievements of the N.C.N.S.*», Nouvelle-Écosse, mai 1993.

Conseil indien de Big Cove, «*Big Cove First Nation: Chronological Inventory & Evaluation of Responses to the Suicide Crisis*», 1993.

Conseil indien de Big Cove, «*Proposal for a Mental Health Initiative*», soumis à Santé et Bien-être Canada, le 12 février 1992.

Conseil indien de Big Cove, «*Recommendations from Jury following Big Cove Inquest held from November 30 to December 11, 1992*».

Conseil régional Kativik de la Santé et des Services sociaux, *Plan régional d'organisation des services en santé mentale*, 1991.

Conseil régional Kativik de la Santé et des Services sociaux, *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik: Défis et objectifs prioritaires*, 1994.

Conseil régional Kativik de la Santé et des Services sociaux, *Rapport annuel, 1992–1993*.

Diogo, Brigitte and Rujderova, Alzbeta, «*Methodology of the Community-Based Development: Socio-Economic Indicators and the Native Communities in Canada*», octobre 1993.

Dorey, Dwight A., «*Aboriginal Self-Government for the Mi'kmaq People of Nova Scotia – Essential Features of a Workable Model*», document de recherche soumis à la Faculté des hautes études, Université Carleton, Ottawa, le 30 juin 1993.

Ferguson, Sr Franklyn, «*Eskasoni Family Projects: Evaluation – Fiscal Year 1993–1994*», Conseil de la bande d'Eskasoni, soumis à Santé et Bien-être Canada.

Ferguson, Sr Franklyn, «*Eskasoni Social Work Service/Family Projects*», janvier 1995.

Ferguson, Sr Franklyn, «*Position for Clinical Social Worker*», Conseil de la bande indienne d'Eskasoni, janvier 1995.

Ferguson, Theresa, «*Metis Land Rights in Alberta: A Political History*», “Metis Association of Alberta”, Edmonton, 1982.

First Nations Health Commission, Assembly of First Nations, «*Report on the Round Table on Disabilities in First Nations Populations*», Saskatchewan, du 10 au 12 février 1993.

First Nations House of Learning, Université de Colombie-Britannique, «*The Longhouse News*» Volume 2, no 1, septembre 1994.

Francis, Evangeline, «*Big Cove Family Violence Initiative – Submission of 95–96 Work Plan*», le 15 mars 1995.

Francis, Evangeline, «*Big Cove Family Violence Initiative: Year End Report 1993–1994*».

Gendarmerie Royale du Canada, *Guide sur la spiritualité chez les Amérindiens*, Ottawa, 1993.

Gendarmerie Royale du Canada, «*Officers' Guide: Aboriginal Shield Program*» 1995.

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, «*Working Together for Community Wellness: A Directions Document*», Yellowknife, janvier 1995.

Gouvernement du Canada, *Construire des partenariats*, Réponse du gouvernement, novembre 1991.

Gouvernement du Canada, *Le syndrome d'alcoolisme foetal: De la sensibilisation à la prévention*, réponse du gouvernement, décembre 1992.

Gouvernement du Canada, *Réponse du gouvernement au premier rapport du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social*, 1988.

Groupe de travail sur l'éducation au Nunavik, *Silatunirmut – Le chemin de la sagesse*, Rapport final, février 1992.

Groupe de travail sur la santé des autochtones réunissant des représentants d'associations autochtones nationales et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, *Rapport aux ministres de la Santé et aux associations autochtones nationales*, Ottawa, septembre 1993.

Henley, Thom, «*REDISCOVERY, Ancient Pathways – New Directions: A Guidebook to Outdoor Education*», “Western Canada Wilderness Committee”, Colombie-Britannique, 1989.

Homer-Dixon, Thomas, «*Across the Threshold: Empirical Evidence on Environmental Scarcities as Causes of Violent Conflict*», Université de Toronto, été 1994.

Howorth, Carol Jean and Stiffarm, Lenore A., «*Sharing, Caring, and Consequences – A Study of Sobriety and Healing at Alkali Lake Reserve*», developed for the Alkali Lake Indian Band, British Columbia, 1992.

Innu Nation Community Research Project, «*Gathering Voices: Discovering our Past Present and Future*», subventionné par la Commission royale sur les peuples autochtones, novembre 1993.

Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants au Canada: profil réalisé par l'ICSI*, chapitre 7, Ottawa, 1994.

Institut canadien de la santé infantile, *Rapport annuel 1993*.

Joseph, Herbie, «*Big Cove Suicide Prevention Program: Final Report*», septembre 1993.

Kinnon, Dianne, La santé concerne toute la personne: Document d'information sur la santé et les Métis, préparé pour la Commission royale sur les peuples autochtones, septembre 1993.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, *La santé au Canada : Perspectives des autochtones dans les villes*, avril, 1995.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, «*Health Related Concerns of Native People Living in Urban Areas*», Soumission à la Commission royale sur les peuples autochtones, août 1993.

L'Association des infirmiers et infirmières du Canada, *La réforme des soins de santé mentale : Une priorité pour les infirmières*, Ottawa, 1991.

L'Institut canadien de recherches avancées, *Les déterminants de la santé*, de J. Fraser Mustard et John Frank, ICRA publication no 5, Toronto, septembre 1991.

L'Institut canadien de recherches avancées, «*Why are some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*», reviseurs, Robert G. Evans, Moires L. Barer, Theodore R. Marmor, New York, 1994.

Larocque, Emma D., *La Violence au sein des collectivités autochtones*, Santé Canada, Ottawa, mars 1994.

Lone Eagle Treatment Center, «*Solvent Abuse Proposal*», 1993.

Manga, Pran and Lemchuk-Favel, Laurel, «*Health Care Financing and Health Status of Registered Indians*», août 1993.

Masecar, David, Nodin Counselling Services, «*Pikangikum First Nation: Comments on the Increase in Suicidal Behaviour and Contagion in 1994*», novembre 1994.

McCormick, Roderick, «*The Facilitation of Healing for the First Nations Peoples of British Columbia*», Thèse de doctorat, Université de Colombie-Britannique, 1994.

McKenzie, Diane, rev., «*Aboriginal Substance Use: Research Issues, Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting*», Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Programme national d'abus de l'alcool et des drogues.

McTimoney, David C., «*Big Cove First Nation: Suicide – A Progress Report*», le 31 octobre 1994.

Metis Association of Alberta, «*Brief History of Metis and the Association*», n.d.

«*Micmac First Nation Big Cove, New Brunswick: A Community in Pursuit of Excellence*», présenté au «*Mobilizing Community Resources Conference '94*», du 23 au 25 septembre 1994, commandité par l'Association de la santé mentale des autochtones du Canada.

Ministère de la Santé de l'Ontario, *Nouvelles directions – La politique ontarienne de santé applicables aux Autochtones*, Toronto, 1994.

Muller, Haike and Sterling, Shirley, (eds), «*My Family, My Strength: A Collection of Illustrated Stories by First Nations Children Across British Columbia*», Programme d'éducation des enseignants autochtones, Faculté de l'éducation, Université de Colombie-Britannique, 1994.

National Metis Family Conference, «*Coming Home Conference Report*», Alberta, 1994.

Native Alcohol & Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia, «*Prevention Program Report – Suicide Calls (Recorded) on all N.S. Reserves Since 1993*», mars 1995.

Nechi Training, Research & Health Promotions Institute, *Le mouvement de guérison – Résumé des programmes canadiens de traitement des toxicomanies destinés aux Autochtones*, préparé pour l'Organisation mondiale de la santé, Edmonton, août 1994.

Nechi Training, Research & Health Promotions Institute, *Spirit of Bingoland: A Study of Problem Gambling Among Alberta Native Peoples*, Alberta, October 1994.

Nodin Counselling Services, «*Clinical Assessment for Suicide Survivors*», Sioux Lookout, septembre 1993.

Nodin Counselling Services, «*Report on Community Assessments Suicide Bereavement Program, Report No. 1: Webequie*», Sioux Lookout, mai 1994.

Nodin Counselling Services, «*Report on Community Assessments Suicide Bereavement Program, Report No. 2: Landsdowne House*», Sioux Lookout, août 1994.

Oregon Progress Board, «*Oregon Benchmarks : Standards for Measuring Statewide Progress and Institutional Performance*», rapport présenté au «1995 Legislature», Salem, Oregon, décembre 1994.

Pauktuutit, Association des femmes Inuit, «*A Community Perspective on Health Promotion and Substance Abuse: A Report on Community Needs in the Northwest Territories, Nunavik, Quebec, and Northern Labrador*» Ottawa, 1993.

Pauktuutit, Association des femmes Inuit, «*The Inuit Way: A Guide to Inuit Culture*», n.d.

Perley, Edward J., «*Pehkikak Sebasis (Clean Stream Project)*», propos de projet soumis à Santé Canada.

Phillips, J. Bryan, Nodin Counselling Services, «*Pikangikum First Nation Community Assessment Report*», le 24 octobre 1992.

Pikangikum First Nation, «*Seeking and Developing A Community Healing and Action Strategy Through Community Animation Process – A Proposal Presented to the Federal Government and Ontario Government*».

Poundmaker's Lodge, Alcohol and Drug Treatment Centre, (Trousse): «*Mission and Philosophy, Inpatient Treatment Program, Adolescent Treatment Centre, Outpatient Programs, Nechi Institute on Alcohol and Drugs, Edmonton Institution Program, Professionals in Residence, 14-Day Follow-Up Program*», n.d.

Poundmaker's Lodge, «*Poundmaker's Adolescent Treatment Centre Program Information*», n.d.

- Poundmaker's Lodge, «*The Recovery of Davis Inlet*», le 4 février 1994.
- Provincial Mental Health Board of Alberta, «*Building a Better Future: A Community Approach to Mental Health*», Edmonton, mars 1995.
- Richard, Kenn, «*Aboriginal Child Welfare in Urban Context: The Toronto Experience*», Toronto, septembre 1991.
- Rural and Native Housing Group, «*Report of Special Housing Partnership Workshop*», rédigé pour le Conseil des autochtones de la Nouvelle-Écosse, le 3 octobre 1993.
- Sandra Parkins Consulting, «*Evaluation of Mental Health Services – Big Cove First Nation, New Brunswick*», le 4 juillet 1994.
- Santé Canada, *Répertoire des programmes de formation au rôle de parent offerts aux premières nations et aux inuit* 1994, Direction générale des services médicaux, Ottawa, 1993.
- Santé Canada, «*Breaking the Pattern: How Communities Can Help*», Ottawa, 1994.
- Santé et Bien-être Canada, *La santé pour tout : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1986.
- Santé et Bien-être Canada. *Colloque national sur la prévention du suicide, du 22 au 24 mars 1993, Compte rendu du Colloque*.
- Santé et Bien-être social Canada, *Guide sur le transfert des programmes de santé, préparé par La Direction du transfert des programmes, des politiques et de la planification*, Direction générale des services médicaux, septembre 1989.
- Santé et Bien-être social Canada, *L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada*, 1990, Ottawa, 1991.
- Santé et Bien-être social Canada, *La santé des autochtones au Canada*, Ottawa, 1992.
- Santé nationale et bien-être social Canada, *Présentation à la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones*, 8 février 1993.
- Saulis, Malcolm A., «*Big Cove Suicide Inquiry: Community Interviews Report*», 1994.
- Scott, Kim, «*Substance Use among Indigenous Canadians*» dans "Aboriginal Substance Use: Research Issues", Diane McKenzie, ed., compte rendu d'un comité de recherche consultatif mixte, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, Ottawa, 1992.

Société canadienne des hypothèques et de logement, *Ce qu'on a entendu : La prévention de la violence familiale et le logement*, Ottawa, 1994.

Sous-Comité sur les questions de santé, *Syndrome d'alcoolisme foetal: Une tragédie évitable*, Stanley Wilbee, présidence, juin 1992.

Strang, James, aîné, «*Our History, Traditions, Knowledge and Culture*», Volume deux transcrit, traduit, et produit par Eddie Peters, "Eenchokay Birchstick School" 1993-1994.

Strang, Lucie, livres pour enfants avec photos et syllabiques, 1992.

Wakegijig, Ron, Roy, Alan W. and Hayward, Carrie, «Traditional Medicine: An Anishinabek Nation Perspective», *Environments*, Vol. 19, no 3, 1988, pp. 122-124.

Waseskun House, «*Communities in Crisis: Healing Ourselves, Report of a Conference on Family Violence and Drug and Alcohol Abuse in Native Communities*», du 6 au 8 juin 1991, Montréal.

Western Management Consultants, «*1993 Evaluation Report "Join the Circle" Campaign - National Addictions Awareness Week*», Alberta, juillet 1994.

Western Management Consultants, «*Addictions Prevention and Health Promotion Programming for Aboriginal People Resident Off-Reserve: A Needs Assessment*», Alberta, août 1994.

Wheatley, Brian, «*A New Approach to Assessing the Effects of Environmental Contaminants on Aboriginal Peoples*», mémoire présenté au «9th International Congress on Circumpolar Health», Islande, du 20 au 25 juin, 1993.

Women of the Métis Nation, «*Femmes dans l'ombre*»: Une conférence sur la violence faite aux femmes métisses, 27-29 novembre 1992.

Demande de réponse globale du gouvernement

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande que le gouvernement dépose une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des Procès verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé (*fascicules n^{os} 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 et 31 qui contient ce rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

L'HON. ROGER SIMMONS, c.p., député

Opinion dissidente — Parti réformiste

LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

*Opinion dissidente présentée au Comité permanent de la santé
Chambre des communes, Canada*

*par
Margaret Bridgman, députée
Grant Hill, député*

Au nom du
Parti réformiste du Canada

Le 14 juin 1995

Introduction

Bien que le gouvernement fédéral consacre des sommes toujours plus importantes à l'aide gouvernementale — financière et autre — aux autochtones du Canada, et ce depuis des décennies, il est généralement reconnu que le niveau de vie moyen des autochtones est considérablement inférieur à celui du reste de la population. Fait plus important encore, et allant au-delà de la différence culturelle quant aux normes matérielles, les autochtones demeurent gravement touchés par les maux socioéconomiques interdépendants que sont la pauvreté, le chômage élevé, l'absence d'éducation formelle, la mauvaise santé physique, ce qui comprend les blessures et les maladies graves, et le manque d'estime de soi. Les problèmes de cette nature ne sont pas propres à la communauté autochtone canadienne, mais leur incidence y est nettement plus élevée.

Nous avons entrepris cette étude afin d'explorer les raisons pour lesquelles les problèmes de santé sont plus répandus chez les peuples autochtones du Canada que chez le reste de la population canadienne, et afin d'apporter des solutions.

Cadre de références — Entente mutuelle sur les objectifs

En novembre 1994, le Comité permanent de la santé a adopté le cadre de référence suivant :

a) discussion avec les peuples autochtones (Indiens, Inuit et Métis) et d'autres personnes sachant quelles mesures efficaces ont été prises par les peuples autochtones face aux différents problèmes de santé mentale découlant de leur environnement socioéconomique varié;

b) étude des méthodes ou des initiatives axées sur la communauté choisies par les autochtones au regard de la santé mentale, en insistant particulièrement sur les différentes solutions préconisées par les peuples autochtones;

c) formulation de recommandations appropriées en vue de la prise de mesures ultérieures.

Les membres du Comité permanent sur la santé ont largement reconnu l'existence des maux précités. De plus, ils se sont entendus sur le fait qu'une approche différente doit être élaborée face à ces problèmes. De façon plus précise, les membres du Comité sont tous d'avis que l'objectif visé doit être le bien-être général des autochtones (par opposition à la maladie) et les solutions pratiques (par opposition aux problèmes). En tant que membres du Comité, les représentants du Parti réformiste sont également d'avis qu'une plus grande importance devrait être accordée aux mesures ayant réussi par le passé. Malheureusement, nous ne croyons pas que les recommandations finales du rapport du Comité reflètent avec justesse les points d'entente précités.

Désaccord sur les recommandations

Là où les membres du Comité se sont entendus sur une nouvelle approche sans études bureaucratiques interminables, le rapport recommande des mécanismes de consultation, l'élaboration de plans nationaux et de nouveaux rapports et études.

Là où les membres du Comité se sont entendus pour dire que la vieille approche, consistant à accorder une aide inconditionnelle, entre en contradiction avec l'objectif fixé qu'est le bien-être fondé sur l'estime de soi, l'autonomie et l'autosuffisance, le rapport recommande l'apport de ressources accrues pour de nouvelles consultations, suivies de la définition de jalons et de responsabilités.

De plus, la santé et le bien-être des autochtones ne devraient pas être liés trop étroitement à des questions politiques fractionnelles, notamment les revendications territoriales et l'autonomie politique. Il faut cesser de considérer les revendications territoriales et l'autonomie politique comme la panacée à tous les problèmes des autochtones.

Finalement, toutes les recommandations du rapport perpétuent le vieux remède qu'est la prise en charge fédérale. Ce type d'intrusion bureaucratique entre en sérieuse contradiction avec l'objectif commun qu'est le bien-être fondé sur l'estime de soi, l'autonomie et l'autosuffisance.

Recommandations du parti réformiste

Toutes les approches au coup par coup reposant sur les méthodes et l'infrastructure démodées du Vieux Canada doivent être écartées. Par exemple, bien que la consultation auprès des autochtones et la participation de la communauté puissent porter fruit, il est toujours inutile d'y avoir recours si le gouvernement fédéral a le dernier mot sur les questions autochtones, sans déléguer de responsabilités directes. Ce genre de situation ne fait qu'alimenter le cercle vicieux actuel, toujours plus grand, de la dépendance exempte de responsabilités.

Le bien-être des autochtones doit être défini par des autochtones responsables, rendant compte à leurs pairs. Le Parti réformiste estime que le gouvernement fédéral a un rôle primordial à jouer ici :

1. Le gouvernement fédéral doit remplacer le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien par des organismes responsables, dirigés et contrôlés par des autochtones.

2. La meilleure façon d'aborder les problèmes de santé chez les autochtones consiste à adopter une approche décentralisée et communautaire. Le gouvernement le plus près de la population est le mieux placé pour en évaluer les

besoins. Si l'on veut adopter une approche véritablement basée sur la communauté, on doit non seulement inviter les personnes visées à participer, mais leur apprendre à agir.

3. Le gouvernement fédéral doit remplacer les programmes tels que le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada par des programmes et des services qui, en dernier lieu, seront financés et élaborés par les peuples autochtones.

4. Le gouvernement fédéral peut exercer une influence directe sur le bien-être des autochtones du Canada en encourageant activement leur pleine participation à la vie économique du pays, au lieu de les confiner dans des ghettos par la dépendance constante envers l'aide financière gouvernementale.

Conclusion

Il a été démontré, de façon empirique, qu'il faut cesser de se fier à des méthodes et à des idées qui ont indubitablement mené au dilemme actuel. Nous avons vu, d'abord à petite échelle, comment les idées et les programmes découlant d'initiatives prises par des autochtones responsables et rendant compte à leurs pairs, axés sur l'autodétermination et dépendant des ressources du peuple autochtone ont été fructueux à maintes reprises. La réussite, qu'elle soit sociale, culturelle, économique ou politique, repose avant tout sur l'autonomie, l'estime de soi et l'autosuffisance. Il est temps de mettre un frein à la dépendance envers Ottawa et de respecter, du fond du coeur, la volonté des autochtones de profiter des possibilités offertes aux Canadiens non autochtones. Le gouvernement fédéral doit accepter que le bien-être des autochtones soit défini par des autochtones responsables et rendant compte à leurs pairs.

Procès-verbaux

LE MARDI 6 JUIN 1995

(Séance n° 59)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 05 dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

Membres suppléants présents: Rex Crawford pour Hedy Fry; Madeleine Dalphond-Guiral pour Pauline Picard.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport relativement à son étude sur la santé mentale et les peuples autochtones du Canada. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*)

Il est convenu,—Que soit approuvé un budget de déplacement de 1 800\$ pour permettre à un documentaliste attaché au Sous-comité sur le VIH/SIDA d'assister à la Cinquième conférence annuelle sur la recherche sur le VIH/SIDA, à Winnipeg, au Manitoba, du 8 au 11 juin 1995, et que la demande soit présentée sous la forme d'une demande de budget supplémentaire au Sous-comité du budget du Comité de liaison pour qu'il l'examine le plus tôt possible.

Il est convenu,—Qu'ordre soit donné au personnel de recherche de préparer une ébauche de rapport définitive que le Comité étudiera au cours de sa prochaine réunion.

À 10 h 40, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 15 JUIN 1995

(Séance n° 60)

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 10 dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose-Marie Ur.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:
Odette Madore et Nancy Miller–Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son de rapport sur la santé mentale et les peuples autochtones du Canada. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*)

Il est convenu à l'unanimité,—Que le Comité demande à la ministre de la Santé de faire l'impossible pour obtenir une prolongation minimale de deux (2) ans du moratoire volontaire sur la STBr pour permettre aux députés de mieux en étudier les conséquences.

Il est convenu,—Que le Comité ajourne ses travaux maintenant.

À 11 h 10, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 20 JUIN 1995
(Séance n° 61)

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 10 dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo et Rose–Marie Ur.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:
Odette Madore et Nancy Miller–Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport relativement à son étude sur la santé mentale et les peuples autochtones du Canada. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du 29 septembre 1994, fascicule n° 13*)

Il est convenu,—Que le Comité autorise l'inclusion d'un renvoi à la première recommandation pour tenir compte de la position de l'Opposition officielle pourvu que le texte de ladite recommandation soit soumis au greffier du Comité au plus tard le mardi 20 juin, à 16 heures.

Il est convenu à l'unanimité,—Que le Comité adopte l'ébauche de rapport modifiée et qu'ordre soit donné au président de la présenter à la Chambre comme le Quatrième rapport du Comité une fois qu'elle sera imprimée.

Il est convenu,—Que le Comité autorise l'impression d'une courte opinion dissidente du Parti réformiste du Canada pourvu que ladite opinion soit remise au greffier du Comité au plus tard le mardi 20 juin 1995, à 16 heures.

Il est convenu,—Que le Comité, en vertu de l'article 109 du Règlement, demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport dans cent cinquante (150) jours.

Il est convenu,—Que les documentalistes et le greffier soient autorisés à apporter les changements typographiques et de rédaction nécessaires à l'ébauche de rapport sans en modifier la teneur.

Il est convenu,—Que le président soit autorisé à émettre un communiqué ou à tenir une conférence de presse après la présentation du rapport à la Chambre des communes.

Il est convenu,—Que ledit rapport soit intitulé Vers le mieux-être holistique: les peuples autochtones.

Il est convenu,—Que le Comité fasse tirer 1 000 exemplaires du rapport en plus des 550 exemplaires imprimés par la Chambre.

Il est convenu,—Que le président, aidé du personnel du Comité, voie à tous les détails relativement aux choix et à la préparation de la présentation de la page couverture du rapport.

À 9 h 45, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

Clerk of the Committee

Nancy Hall

At 9:45 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

It was agreed,—That the Chairman, assisted by the Committee staff, attend to all the details involved in the selection and preparation of a layout for the cover page of the Report.

It was agreed,—That in addition to the 550 copies printed by the House, the Committee print 1,000 additional copies of the Report.

It was agreed,—That the said Report be entitled: Towards Holistic Wellbeing: the Aboriginal Peoples.

It was agreed,—That the Chairman be authorized to issue a press release and/or hold a press conference following the presentation of the Report to the House of Commons.

It was agreed,—That the researchers and Clerk be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the Draft Report.

It was agreed,—That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to the Report within one hundred and fifty (150) days.

It was agreed,—That the Committee authorize the printing of a brief dissenting opinion from the Reform Party of Canada, providing that same shall be presented to the Clerk's office by no later than Tuesday, June 20th, 1995 at 4:00 o'clock p.m.

It was agreed unanimously,—That the Draft Report, as amended be adopted as the Committee's Fourth Report to the House and that the Chairman be instructed to present it to the House when it is printed.

It was agreed,—That the Committee authorize the inclusion of a footnote relating to the first recommendation, reflecting the position of the Official Opposition, providing that the text be submitted to the Clerk of the Committee by no later than Tuesday, June 20th at 4:00 o'clock p.m.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of a Draft Report in relation to its study on Mental Health and the Aboriginal Peoples (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Michel Daviault, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chair, Roger Simmons, presiding.

(Meeting No. 61)
TUESDAY, JUNE 20, 1995

At 11:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

It was agreed,—That the Committee do now adjourn.

It was agreed unanimously,—That the Committee request the Minister of Health to do all within her power to seek a prolongation of the voluntary moratorium on RST, for a minimum of two (2) years to allow Members of Parliament to further examine the human health implications of RST.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its Draft Report on mental health and the Aboriginal Peoples (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated September 29, 1994, Issue No. 13*).

Minutes of Proceedings

TUESDAY, JUNE 6, 1995
(Meeting No. 59)

[Text]

The Standing Committee on Health met in camera at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

Acting Members present: Rex Crawford for Dr. Hedy Fry; Madeleine Dalphond-Guiral for Pauline Picard.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of a draft report in relation to its study on mental health and the Aboriginal Peoples (See *Minutes of Proceedings and Evidence*, dated September 29, 1994, Issue No. 13).

It was agreed,—That a travel budget of \$1,800 be approved for a researcher with the Sub-Committee on HIV/AIDS to attend the Fifth Annual Conference on HIV/aids research in Winnipeg, Manitoba, from June 8-11, 1995, and that the request be passed on as a supplementary budget request to the Budget Sub-Committee of the Liaison Committee for its consideration as soon as possible.

It was agreed,—That the Research staff be instructed to prepare a final draft report for consideration of the Committee at its next meeting.

At 10:40 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, JUNE 15, 1995
(Meeting No. 60)

The Standing Committee on Health met in camera at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chair, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Margaret Bridgman, Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo, Rose-Marie Ur.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Conclusion

We have empirical evidence which must convince us that the way ahead is not to rely upon methods and ideas that are inescapably responsible for how we arrived at our present dilemma. We have seen firsthand at a micro-level how ideas and programs developed through the initiative, determination and resource reliance of aboriginals, accountable to aboriginals has time and again led to success. Self reliance, self respect and self sufficiency are cornerstones to all measures of success, social and cultural, economic and political. It is time to discard the old models of dependency on Ottawa and instead give true respect to aboriginal desires for the same opportunities available to non-aboriginal Canadians. The Federal Government must allow the wellness of Canadian aboriginals to be determined by aboriginals, responsible and accountable to aboriginals.

Where the Committee agreed that the old approach to unconditional handouts destroyed an agreed upon goal of wellness based on self respect, self reliance, and self sufficiency, the report recommends more resources being made available for more consultations, with benchmarks, accountability and responsibilities to be worked out after further consultations.

In addition, aboriginal health and well-being should not be tied too closely to divisive political issues such as land claims and self-government. Land claims and self-government must not continue to be represented as a panacea to solve all aboriginal problems

Furthermore, in all recommendations, there is overwhelming perpetuation of the old remedy of government hand-holding. Such bureaucratic intrusiveness is in serious contradiction to accommodating the agreed upon objectives of wellness based on self respect, self reliance, and self sufficiency.

Reform Party Recommendations

Any piecemeal approach using the existing, obsolete methods and infrastructure of Old Canada must be cast off. For example, although aboriginal consultation and community involvement may be fruitful methods, it remains useless to advocate such methods when the Federal Government retains ultimate authority in aboriginal affairs without corresponding direct accountability. Such a situation has perpetuated the existing, expanding vicious circle of dependency devoid of responsibility.

The wellness of Canadian aboriginals must be determined by aboriginals, responsible and accountable to aboriginals. The Reform Party believes that the Federal Government has a critical role to play in achieving this:

1. The Federal Government must replace the Department of Indian Affairs and Northern Development with accountable agencies run by and responsible to aboriginal peoples.
2. The best way to address aboriginal health problems is on a decentralized, community level. The government closest to the people is the most representative and accountable party to gauge the peoples' needs. A true grassroots approach involves not just the participation on the part of those involved but their initiation of such activities.

3. The Federal Government must replace unaccountable programs such as Health Canada's Non Insured Health Benefits with programs and services ultimately financed and developed by aboriginal Canadians.

4. The Federal Government can directly impact the wellness of aboriginal Canadians by actively encouraging their full participation in Canada's economic life instead of consistently ghettoizing them via increasing perpetual dependency on government financial aid.

Introduction

Despite decades of ever-increasing sums of Federal Government aid (financial and otherwise) to aboriginal Canadians, it is still universally recognized that the average living standard of aboriginal Canadians remains significantly lower than the rest of the Canadian population. Most significantly, more than a cultural difference in standards of a material nature, aboriginal Canadians remain fraught with the interdependent socio-economic maladies of poverty, high unemployment, lack of formal education, poor physical health including greater injury and illness and low self esteem. Such problems are not isolated to the aboriginal Canadian community — however, their level of incidence is noticeably higher.

The reason for undertaking this study is to examine and provide answers to the higher incidence of health problems that occur amongst Canada's aboriginal peoples relative to the rest of the Canadian population

Terms of Reference: Mutual Agreement on Objectives

In November 1994, the Standing Committee on Health adopted the following terms of reference:

a) to consult with aboriginal peoples (Indian, Inuit and Metis) and others who are knowledgeable about the way aboriginal peoples have successfully responded to the various mental health problems emanating from their diverse socio-economic environment;

b) to review current aboriginal community-based approaches or initiatives addressing the issue of mental health, focusing particularly on the various solutions applied by aboriginal peoples, and

c) to make appropriate recommendations for future actions

Members of the Standing Committee on Health have widely acknowledged the maladies cited above. Committee Members have, furthermore, agreed that a different approach is needed in dealing with these problems. In particular, Members unanimously believe that the focus must turn to overall wellness (in contrast to illness), and practical solutions (rather than problems). We, as Members of the Committee, also agreed that we should focus more attentively to what has led to successes in the past. Alas, with reference to the ultimate recommendations proposed in the Committee Report, Committee Members from The Reform Party do not believe the above measures of agreement are accurately reflected.

Disagreement on Recommendations

Where the Committee agreed on a new approach away from endless bureaucratic studies, the report recommends consultative mechanisms, the development of national plans and more reports and studies.

Dissenting Opinion — Reform Party

ABORIGINAL HEALTH

*Dissenting Opinion to the Standing Committee on Health
House of Commons, Canada*

*by
Margaret Bridgman, M.P.
Grant Hill, M.P.*

*On behalf of
The Reform Party of Canada*

June 14, 1995

Request for Government Response

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the Government table a comprehensive response to its Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health (*Issues Nos. 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 and 31, which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

HON. ROGER SIMMONS, P.C., M.P.,

Chairman.

- Wheatley, Brian, *A New Approach to Assessing the Effects of Environmental Contaminants on Aboriginal Peoples*, paper presented to the 9th International Congress on Circumpolar Health, Iceland, June 20-25, 1993.
- Women of the Métis Nation, "Women in the Shadows": A Conference on Violence Against Métis Women, 27-29 November, 1992.
- Women of the Métis Nation, "Women in the Shadows": A Conference on Violence Against Métis Women, 27-29 November, 1992.

Steering Committee on Native Mental Health, *Current Federal-Provincial Arrangements related to Mental Health Services*, Background Report no. 2, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.

Steering Committee on Native Mental Health, *Inventory of National Native Programs Related to Mental Health*, Background Report No.3, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.

Steering Committee on Native Mental Health, *Statistical Profile on Native Mental Health*, Background Report no.1, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.

Steering Committee on Native Mental Health, *Summary of Issues and Recommendations raised in the Regional Consultations and Reports*, Background Report No. 6, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.

Steering Committee on Native Mental Health, *Summary of Regional Programs, Services and Critical Issues*, Background Report No. 4, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.

Strang, James, Elder, *Our History, Traditions, Knowledge and Culture*, Volume Two, Transcribed, translated, and typed by Eddie Peters, Eenchokay Birchstick School, Pikangikum, 1993-94.

Strang, Lucie, children's book with pictures and syllabics, Pikangikum, 1992.

Sub-Committee on Health Issues, *Foetal Alcohol Syndrome: A Preventable Strategy*, Stanley Wilbee, Chairman, June 1992.

Ungava Talattavik Health Center, *1993-1994 Annual Report*.

Wakegijig, Ron, Roy, Alan W. and Hayward Carrie, "Traditional Medicine: An Anishinabek Nation Perspective", *Environnements*, Vol. 19, No. 3, 1988, p. 122-124.

Waseskun House, *Communities in Crisis: Healing Ourselves*, Report of a Conference on Family Violence and Drug and Alcohol Abuse in Native Communities, June 6-8, 1991, Montreal.

Western Management Consultants, *1993 Evaluation Report "Join the Circle" Campaign - National Addictions Awareness Week*, July 1994.

Western Management Consultants, *Addictions Prevention and Health Promotion Programming for Aboriginal People Reserve: A Needs Assessment*, Alberta, August 1994.

- Poundmaker's Lodge, *The Recovery of Davis Inlet*, February 4, 1994.
- Provincial Mental Health Board of Alberta, *Building a Better Future: A Community Approach to Mental Health*, Edmonton, March 1995.
- Richard, Kenn, "Aboriginal Child Welfare in Urban Context: The Toronto Experience," Toronto, September, 1991.
- Royal Canadian Mounted Police, *Native Spirituality Guide*, Ottawa, 1993.
- Royal Canadian Mounted Police, *Officers' Guide: Aboriginal Shield Program*, 1995.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People*, Ottawa, January, 1995.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Path to Healing – Report of the National Roundtable on Health and Social Issues*, Ottawa, 1993.
- Rural and Native Housing Group, *Report of Special Housing Partnership Workshop*, prepared for the Native Council of Nova Scotia, Nova Scotia, October 3, 1993.
- Sandra Parkins Consulting, *Evaluation of Mental Health Services – Big Cove First Nation*, New Brunswick, 4 July 1994.
- Saulis, Malcolm A., *Big Cove Suicide Inquiry: Community Interviews Report*, 1994.
- Scott, Kim, "Substance Use among Indigenous Canadians", in *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Diane McKenzie ed., Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting, Canadian Centre on Substance Abuse and National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Ottawa, 1992.
- Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, *The Health Care System in Canada and its Funding: No Easy Solutions*, Bob Porter, Chairman, June 1991.
- Standing Committee on National Health and Welfare, *Booze, Pills and Dope: Reducing Substance Abuse in Canada*, Bruce Halliday, Chairman, October 1987.
- Steering Committee on Native Mental Health, *Existing Training Programs and Proposals by Region*, Background Report No. 5, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, 1991.
- Steering Committee on Aboriginal Mental Health, *Agenda for First Nations and Inuit Mental Health*, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, June 24, 1991.

Nechi Training, Research & Health Promotions Institute, Canadian Aboriginal Healing Movement – A Summary of Canadian Aboriginal Substance Abuse Programs, prepared for the World Health Organization, Edmonton, August 1994.

Nechi Training, Research & Health Promotions Institute, Spirit of Bingoland: A Study of Problem Gambling Among Alberta Native Peoples, Alberta, October 1994.

Nodin Counselling Services, Clinical Assessment for Suicide Survivors, Sioux Lookout, September, 1993.

Nodin Counselling Services, Report on Community Assessments Suicide Bereavement Program, Report No. 1: Webequie, Sioux Lookout, May, 1994.

Nodin Counselling Services, Report on Community Assessments Suicide Bereavement Program, Report No. 2: Landsdowne House, Sioux Lookout, August, 1994.

Ontario Ministry of Health, New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario, Toronto, 1994.

Oregon Progress Board, Oregon Benchmarks: Standards for Measuring Statewide Progress and Institutional Performance, Report to the 1995 Legislature, Salem Oregon, December, 1994.

Pauktuutit, Inuit Women's Association, A Community Perspective on Health Promotion and Substance Abuse: A Report on Community Needs in the Northwest Territories, Nunavut, Quebec, and Northern Labrador, Ottawa, 1993.

Pauktuutit, Inuit Women's Association, The Inuit Way: A Guide to Inuit Culture, n.d.

Perley, Edward J., Pehkikak Sebosis (Clean Stream Project), project proposal to Health Canada, n.d.

Phillips, J. Bryan, Nodin Counselling Services, Pikanngikum First Nation Community Assessment Report, October 24, 1992.

Pikanngikum First Nation, Seeking and Developing A Community Healing and Action Strategy Through Community Animation Process – A Proposal Presented to the Federal Government and Ontario Government, December, 1994.

Poundmaker's Lodge, Alcohol and Drug Treatment Centre, (Kit): Mission and Philosophy, Inpatient Treatment Program, Adolescent Treatment Centre, Outpatient Programs, Nechi Institute on Alcohol and Drugs, Edmonton Institution Program, Professionals in Residence, 14-Day Follow-Up Program, n.d.

Poundmaker's Lodge, Poundmaker's Adolescent Treatment Centre Program Information, n.d.

- Masecar, David, Nodin Counselling Services, *Pikanguikum First Nation: Comments on the Increase in Suicidal Behaviour and Contagion in 1994*, November 1994.
- McCormick, Roderick, *The Facilitation of Healing for the First Nations Peoples of British Columbia*, Doctoral Thesis, University of British Columbia, 1994.
- McKenzie, Diane, ed., *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting, Canadian Centre on Substance Abuse and National Alcohol and Drug Abuse Program, Ottawa, 1994.
- McTimoney, David C., *Big Cove First Nation: Suicide – A Progress Report*, 31 October 1994.
- Metis Association of Alberta, *Brief History of Metis and the Association*, n.d.
- Micmac First Nation Big Cove, New Brunswick: *A Community in Pursuit of Excellence*, Presented at the Mobilizing Community Resources Conference '94, September 23–25, 1994, Sponsored by the Native Mental Health Association of Canada.
- Muller, Haiké and Sterling, Shirley, (eds), *My Family, My Strength: A Collection of Illustrated Stories by First Nations Children Across British Columbia*, The Native Indian Teacher Education Program, The Faculty of Education, University of British Columbia, 1994.
- National Metis Family Conference, *Coming Home Conference Report*, Alberta, 1994.
- Native Alcohol & Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia, *Prevention Program Report – Suicide Calls (Recorded) on all N.S. Reserves Since 1993*, March 1995.
- Native Council of Nova Scotia, *Taliag Mi'kma'ki*, quarterly publication, 2 issues: December 1994 and March 1995.
- Native Council of Nova Scotia, *The History and Achievements of the N.C.N.S.*, Nova Scotia, May 1993.
- Native Mental Health Association of Canada, *Healing the Wounds of the Native Family: Highlights of Conference '92*, Ottawa, 1992.
- Native Physicians' Association in Canada, *Final Report of the Proceedings of the Workshop on Developing a Framework Document for the Training of First Nations Community Mental Health Workers*, held in Winnipeg in March 1994, document revised in September 1994.

Health and Welfare Canada, *Health Status of Canadian Indians and Inuit*, 1990, Ottawa, 1991.

Health and Welfare Canada, *National Suicide Prevention Workshop: Summary of Proceedings*, March 22-24, Ottawa, 1993.

Health and Welfare Canada, *The 1993-94 Resource listing of Parenting Programs Used by the First Nations and the Inuit Mental Health Advisory Services*, Medical Services Branch, Ottawa, 1993.

Health Canada, *Breaking the Pattern: How Communities Can Help*, Ottawa, 1994.

Henley, Thom, *REDISCOVERY, Ancient Pathways - New Directions: A Guidebook to Outdoor Education*, Western Canada Wilderness Committee, British Columbia, 1989.

Homer-Dixon, Thomas, *Across the Threshold: Empirical Evidence on Environmental Scarcities as Causes of Violent Conflict*, University of Toronto, Summer 1994.

Howorth, Carol Jean and Stiffarm Lenore A., *Sharing, Caring, and Consequences - A Study of Sobriety and Healing at Alkali Lake Reserve*, developed for the Alkali Lake Indian Band, British Columbia, 1992.

Innu Nation Community Research Project, *Gathering Voices: Discovering our Past, Present and Future*, Funded by the Royal Commission on Aboriginal Peoples, November 1993.

Joseph, Herbie, *Big Cove Suicide Prevention Program: Final Report*, September 1993.

Kativik Regional Council of Health and Social Services, *1992-1993 Annual Report*.
Kativik Regional Council of Health and Social Services, *For Health and Well-Being in the Kativik Region: Challenges and Prime Objectives*, 1994.

Kativik Regional Council of Health and Social Services, *Regional Service Organization Plan in Mental Health*, 1991.

Kinnon, Dianne, *Health is the Whole Person: A Background Paper on Health and the Métis People*, prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples, September 1993.

Larocque, Emma D., *Violence in Aboriginal Communities*, Health Canada, Ottawa, March 1994.

Lone Eagle Treatment Center, *Solvent Abuse Proposal*, 1993.

Manga, Pran and Lemchuk-Favel, Laurel, *Health Care Financing and Health Status of Registered Indians*, August, 1993.

- First Nations Health Commission, Assembly of First Nations, Report on the Second International Conference on Diabetes and Native Peoples: "Sociocultural Approaches in Diabetes Care for Native Peoples", Hawaii, May 19-21, 1993.
- First Nations Health Commission, *Breaking the Silence: An Interpretative Study of Residential School Impact and Healing as Illustrated by the Stories of First Nations Individuals*, June 1994.
- First Nations Health Commission, *Bridging the Gap: Report on the National Roundtable on HIV/AIDS and First Nations Populations*, Ottawa, March 15-16, 1994.
- First Nations Health Commission, *Draft Report on First Nations Child Well-Being*, October 1994.
- First Nations House of Learning, University of British Columbia, *The Longhouse News*, Volume 2, Issue 1, September 1994.
- Francis, Evangeline, *Big Cove Family Violence Initiative - Submission of 95-96 Work Plan*, 15 March 1995.
- Francis, Evangeline, *Big Cove Family Violence Initiative: Year End Report 1993-94*
- Government of Canada, *Building Partnerships*, Government's response, November 1991.
- Government of Canada, *Fetal Alcohol Syndrome: From Awareness to Prevention* Government's Response, December 1992.
- Government of Canada, *Government's Response to the First Report of the Standing Committee on National Health and Welfare*, 1988.
- Government of the Northwest Territories, "Working Together for Community Wellness: A Directions Document," Yellowknife, January 1995.
- Health and Welfare Canada, *Aboriginal Health in Canada*, Ottawa, 1992.
- Health and Welfare Canada, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Supply and Services, Canada, 1986.
- Health and Welfare Canada, *Department of National Health and Welfare Submission to the Royal Commission on Aboriginal Peoples*, Prepared for Medical Services Branch by Mayhurst Consulting Group Inc., February 8, 1993.
- Health and Welfare Canada, *Health Program Transfer Handbook*, prepared by Program Transfer, Policy and Planning Directorate, Medical Services Branch, Ottawa September 1989.

Canadian Medical Association, *Bridging the Gap – Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Ottawa, 1994.

Canadian Nurses Association, *Health in Canada: Perspective of Urban Aboriginal Peoples*, Ottawa, April, 1995.

Canadian Nurses Association, *Health Related Concerns of Native People Living in Urban Areas*, Submission to the Royal Commission on Aboriginal Peoples, August 1993.

Canadian Nurses Association, *Mental Health Care Reform: A Priority for Nurses*, Ottawa, 1991.

“Comité de la santé mentale du Québec”, *Mental Health and Aboriginal People of Québec*, Québec, 1994.

Diogo, Brigitte and Rujderova, Alzbeta, *Methodology of the Community-Based Development: Socio-Economic Indicators and the Native Communities in Canada*, October 1993.

Federal/Provincial/Territorial/National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health, *Report to The Ministers of Health and National Aboriginal Organizations*, Ottawa, September 1993.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Prepared for the Meeting of the Ministers of Health, 14-15 September, 1994.

Ferguson, Sr. Franklyn, *Esksasoni Family Projects: Evaluation – Fiscal Year 1993-1994*, Esksasoni Band Council, Submitted to Health and Welfare Canada.

Ferguson, Sr. Franklyn, *Esksasoni Social Work Service/Family Projects*, Esksasoni Band Council, January 1995.

Ferguson, Sr. Franklyn, *Position for Clinical Social Worker*, Esksasoni Band Council, January 1995.

Ferguson, Theresa, *Metis Land Rights in Alberta: A Political History*, Metis Association of Alberta, Edmonton, 1982.

First Nations Health Commission, *Annual Report 1993-94*, Assembly of First Nations, June 1994.

First Nations Health Commission, Assembly of First Nations, *Report on the Round Table on Disabilities in First Nations Populations*, Saskatchewan, February 10-12, 1993.

Big Cove Band Council, *Proposals for a Mental Health Initiative*, Submitted to Health and Welfare Canada, 12 February 1992.

Big Cove Band Council, *Recommendations from Jury following Big Cove Inquest held from November 30 to December 11, 1992*.

Big Cove First Nation, *A Rationale for the Continuation of Current Mental Health Services*, Document presented to Medical Services Branch, June 1994.

Big Cove First Nation, *Review of Family Violence Issues: Recommendations*, April 1992.

Bill, Lea, *Health Determinants of Aboriginal Women*, prepared for the Canadian Advisory Council on the Status of Women, Women's Health Symposium, Ottawa, September 1994.

Blue, Art, *Psychological Development in a Northern Native Family*, n.d.

Bodnar, Ana and Devlin, Arnold, *Suicide Epidemic Among First Nations Youth: Patterns of Grieving, New Models of Healing*, prepared for the International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Sweden, June 13, 1994.

Brant, Clare C., "Native Ethics and Rules of Behaviour", *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 35, No. 6, August 1990, p. 534-539.

Canada Housing and Mortgage Corporation, *What We Heard: Family Violence Prevention and Housing: Consultation Report*, Ottawa, 1994.

Canada Housing and Mortgage Corporation, *What We Heard: Family Violence Prevention and Housing: Consultation Report*, Ottawa, 1994.

Canadian Institute for Advanced Research *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, editors Robert G. Evans, Morris L. Bamer, Theodore R. Marmor, New York, 1994.

Canadian Institute of Advanced Research, *The Determinants of Health*, by J. Fraser Mustard and John Frank, CIAR Publication No. 5, Toronto, August, 1991.

Canadian Institute of Advanced Research, *The Determinants of Health*, by J. Fraser Mustard and John Frank, CIAR Publication No. 5, Toronto, August, 1991.

Canadian Institute of Child Health, *Annual Report 1993*.

Canadian Institute of Child Health, *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*, Chapter 7, Ottawa, 1994.

APPENDIX C

Other documents tabled with the Committee during its study

Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee, *For Generations to Come: The Time is Now – A Strategy for Aboriginal Family Healing*, Ontario, September 1993.

Aboriginal Standards Committee: Family Violence and Sexual Abuse Workers, B.C. Highest Goals and Standards for Quality Programs and Services, *A Framework for Community Building*, 1994.

Adrian, Gibbons and Associates, *Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer*, submitted to Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, January 1992.

Assembly of First Nations with Health Canada and the Canadian Diabetes Association, *Framework for the Prevention and Care of Diabetes in First Nations in Canada*, Ottawa, 1993.

Assembly of First Nations with Health Canada, E.A.G.L.E. Project: *Annual Report 1992/93*.

Assembly of First Nations with Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Special Consultations on Suicide in First Nations Communities*, April 14–15, 1993, Aylmer, Quebec, 1993.

Augustine, Nelson J., *Mourning and Healing, A Spiritual Gathering*, Big Cove, March 8–15, 1993.

Augustine, Nelson J., *Report on Cultural and Spiritual Awareness for Youth: The Earth Ambassador Summer Training for Youth Program*, June 21 to July 2, 1993.

Bartlett, Judith G., *Rethinking Primary Care*, 7th Canadian Health Economics Policy Association (CHEPA) Health Policy Conference, May 19–20, 1994, revised January 4, 1995.

Big Cove Band Council, *Big Cove First Nation: Chronological Inventory & Evaluation of Responses to the Suicide Crisis*, 1993.

- Brokenhead Ojibway Nation, "Mental Health Presentation," by Jean Prince, Mental Health Co-ordinator, Manitoba, March, 1995.
- Eskasoni Band and Council, Proposal for a Comprehensive Mental Health Centre, Brief presented to the Committee, March 23, 1995.
- Eskasoni Band Council, letter to the Committee written by Sister Franklyn Ferguson, Director, Eskasoni Social Work Service, dated May 2, 1995.
- Fishing Lake Metis Settlement, "A Brief submitted to the Standing Committee on Health," prepared by Audrey Franklin, Director of Social and Community Services, March, 1995.
- Fishing Lake Metis Settlement, "Brief on Healing the Spirit program" prepared by Rick Parenteau, Program Co-ordinator, March, 1995.
- Meadow Lake Tribal Council, "Mental Health/Wellness Plan," Meadow Lake Saskatchewan, October, 1994.
- Mid-Island Tribal Council, "Family Development Program Manual on Family Violence," Chemainus, B.C., April, 1995.
- Pikangikum First Nation, Health Committee Brief to the Committee, March, 1995.
- University of British Columbia, letter to the Committee, written by Robert F. Woollard, M.D., Assistant Head and Associate Professor, Department of Family Practice, Faculty of Medicine, dated April 13, 1995.

Written briefs submitted to the Committee during its study

APPENDIX B

Associations and Individuals			Issue	Date
New Brunswick Indian Child and Family Services			29	Friday, March 24, 1995
Glen Caplin, Supervisor				
Royal Canadian Mounted Police (RCMP), "J" Division			29	Friday, March 24, 1995
Sergeant Pierre Lemonde				
Constable Stephen Urganhart				
Union of New Brunswick Indians			29	Friday, March 24, 1995
Michael Ward, Chief				

Associations and Individuals			Date
NWT Metis Association, Yellowknife (Health and Wellness Section)	Nancy Peel, Program Officer	28	Friday, March 24, 199.
	Vera Morin, Researcher	28	Friday, March 24, 199.
Saddle Lake First Nation Health Unit	Deborah Jackson, Director, Human Services	28	Friday, March 24, 199.
	Cherriene Steinhauer, Band Councilor	28	Friday, March 24, 199
Dial-A-Life	Winnie Giesbrecht, President	28	Friday, March 24, 199
	Rose Sutton, Social Worker	28	Friday, March 24, 199
Manitoba Metis Federation	Marielee Nault, Health Coordinator, Board of Governors South-East Region	28	Friday, March 24, 199
	Ma Mawi Wi Chi Itata Centre	28	Friday, March 24, 199
Northern Fly-In Sports Camps	Sharon Perrault, Team Leader, Family Violence Program	28	Friday, March 24, 199
	Robert DeCoste, Family Violence Counsellor	28	Friday, March 24, 199
Aboriginal Shield Program, RCMP, Winnipeg	Professor Neil Wintner, Recreation Program, University of Manitoba	28	Friday, March 24, 199
	Sergeant Paul Currie (RCMP)	28	Friday, March 24, 199
Native Women's Transition Centre, Winnipeg	Sergeant Russ Waugh	28	Friday, March 24, 199
	Lucille Bruce, Executive Director	28	Friday, March 24, 199
Native Council of Nova Scotia	Celeste McKay, Program Co-ordinator	29	Friday, March 24, 199
	Dwight Dorey, Chief and President	29	Friday, March 24, 199
Union of Nova Scotia Indians	Roger Hunka, Executive Director	29	Friday, March 24, 199
	Theresa MacDonald, Medical Consultant	29	Friday, March 24, 199
Confederation of Mainland MicMacas	Sharon Rudderham	29	Friday, March 24, 199
	Theresa Meuse	29	Friday, March 24, 199
Tobique First Nations	Edward Perley	29	Friday, March 24, 199

Associations and Individuals			Issue	Date
Aboriginal Health Secretariat, Government of Ontario	27	Tuesday, March 14, 1995		
Carlie Hayward, Coordinator				
Royal Commission on Aboriginal Peoples	27	Tuesday, March 14, 1995		
Georges Erasmus, Co-Chair				
René Dussault, Co-Chair				
Thompson Okanagan Metis Association	28	Friday, March 24, 1995		
Agda Neumann, President				
B.C. Association of Indian Friendship Centres Victoria, B.C.	28	Friday, March 24, 1995		
Rusty Wilson, Executive Director				
Chris Corrigan, Senior Policy Analyst				
Helping Spirit Lodge Society	28	Friday, March 24, 1995		
Sandra McKay, Coordinator, Spouse Assault Program				
Bernie Whiteford, Executive Director				
Aboriginal Sport and Recreation	28	Friday, March 24, 1995		
Dr. Jeff Reading, Policy Consultant				
Katharina Palmer, Consultant				
Vancouver Native Health Society	28	Friday, March 24, 1995		
Lou Demerais, Executive Director				
Yukon Indian Women's Association	28	Friday, March 24, 1995		
Bobbi Smith, Director, Dene Neis'edet'an				
Grandview School	28	Friday, March 24, 1995		
Lou Dubois, Principal				
John Barton, Vice-Principal				
Lorna Williams, First Nations Education Specialist				
Alberta First Nations Health Care Commission	28	Friday, March 24, 1995		
Richard Saunders, Policy Advisor				
Alberta Aboriginal Women's Society	28	Friday, March 24, 1995		
Doris Calliou, President, Program Coordinator				
Mamaokkistetama Society				
Gloria Laird, Aboriginal Representative, Provincial Mental Health Board				
Metis Nation of Alberta	28	Friday, March 24, 1995		
Clifford Gladue, Vice-President				
Ed Swain, Senior Advisor				

Associations and Individuals	Issue	Date
------------------------------	-------	------

Society of Aboriginal Addictions Recovery	24	Thursday, February 23, 1995
<i>(Panel on Substance Abuse)</i>		
Deanna Greyeyes, Executive Director		
Women of Metis Nation (Alberta)	25	Tuesday, February 28, 1995
<i>(Panel on Physical & Sexual Abuse)</i>		
Melanie O'Menihio, President		
Native Child and Family Services of Toronto	25	Tuesday, February 28, 1995
<i>(Panel on Physical & Sexual Abuse)</i>		
Kenn Richard, Executive Director		
MicMac Family Treatment Program	25	Tuesday, February 28, 1995
<i>(Panel on Physical & Sexual Abuse)</i>		
Jeanne MacLean, Coordinator		
Noël Doucette, Chief, Chapel Island Band Council		
Labrador Inuit Health Commission	26	Thursday, March 2, 1995
<i>(Panel on Youth and Suicide)</i>		
Iris Allen, Executive Director		
Celeste Andersen, Brighter Futures Coordinator		
Redbank First Nation, N.B.	26	Thursday, March 2, 1995
<i>(Panel on Youth and Suicide)</i>		
Noah Augustine, Suicide Intervention Coordinator		
Nodin Counselling (Sioux Lookout, Ontario)	26	Thursday, March 2, 1995
<i>(Panel on Youth and Suicide)</i>		
Arnold Devlin, Clinical Supervisor		
Metis Child and Family Services of Alberta	26	Thursday, March 2, 1995
<i>(Panel on Youth and Suicide)</i>		
Lorna Downey, Program Coordinator		
Ermineskin Extended Family Unit Services	26	Thursday, March 2, 1995
<i>(Panel on Youth and Suicide)</i>		
Grace Morin, Family Support Worker, Child Services Division		
Canadian Institute of Child Health	27	Tuesday, March 14, 1995
Denise Avaré, Executive Director		
Kristen Underwood, Researcher		

Associations and Individuals			Issue	Date
Akwasasne First Nation Health and Social Services Facility			21	Thursday, December 15, 1994
Andrea Cook, Manager, Mental Health Program				
Joanne Francis, Community Liaison Officer, Mental Health Program				
National Association of Friendship Centres			21	Thursday, December 15, 1994
Wayne Helgason, President				
Ivan Williams, Vice-President				
Mark Maracle, Executive Director				
Centre for Aboriginal Education, Research and Culture			21	Thursday, December 15, 1994
Madeleine Dion Stout, Director				
Native Physicians Association of Canada			22	Thursday, February 16, 1995
(Panel on Modern Day Healing)				
Dr. Judith Bartlett, Vice-President				
Aboriginal Nurses Association of Canada			22	Thursday, February 16, 1995
(Panel on Modern Day Healing)				
Lea Bill, President				
Sali'shan Institute			22	Thursday, February 16, 1995
(Panel on Modern Day Healing)				
Agnes Snow, Chief, Canoe Creek Tribal Council, B.C.				
William Mussell, Principal				
Alkali Lake First Nation			24	Thursday, February 23, 1995
(Panel on Substance Abuse)				
Fred Johnson, Alcohol and Drug Program Coordinator				
Joyce Johnson, Past Band Councillor				
Association of Iroquois and Allied Indians			24	Thursday, February 23, 1995
(Panel on Substance Abuse)				
Cathryn George, Health Director				
Terry Elijah, Drug and Alcohol Counsellor				
Poundmaker's Lodge			24	Thursday, February 23, 1995
(Panel on Substance Abuse)				
Pat Shirt, Director				

Date	Issue	Associations and Individuals
------	-------	------------------------------

Wednesday, October 26, 1994	17	Royal Commission on Aboriginal People Marlene Brant-Castelano, Co-Director of Research
Tuesday, November 1, 1994	18	Department of Indian and Northern Affairs Kerry Kipping, Director, First Nations Relations Directorate Stuart Swanson, Director, Transfer Payments Directorate
Tuesday, November 1, 1994	18	Health Canada Jerome Berthelette, Director General, Program, Policy and Planning, Medical Services Branch Paul Cochran, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch Gweneth Gowanlock, Executive Director, National AIDS Secretariat, Health Programs and Services Catherine Lane, Director General, Health Promotion Directorate, Health Programs and Services Judith Ross, Senior Program Analyst and Coordinator, Medical Services Branch Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Program and Services Branch Kathy Stewart, A/Director, Family Violence Prevention Division, Health Programs and Services Branch Brian Ward, Director General, Children's Bureau, Health Programs and Services Branch
Thursday, December 8, 1994	20	Anishnawbe Health Centre, Toronto Shirley Morrison, Manager, Health Program
Thursday, December 8, 1994	20	Native Physician's Association of Canada Dr. Arthur Blue, Psychologist, Open Arrow Clinic Dr. Thomas Dignan, South Muskoka Memorial Hospital Dr. Vince Tookenay, President
Thursday, December 8, 1994	20	Nechi Institute Maggie Hodgson, Executive Director
Thursday, December 8, 1994	20	Waseskun House Daniel Paul Bork, Board Member Andrew Giasson, Board Member
Thursday, December 15, 1994	21	Native Mental Health Association of Canada Dr. Clare Brant, Treasurer

APPENDIX A

List of witnesses

Associations and Individuals	Issue	Date
------------------------------	-------	------

Assembly of First Nations	15	Tuesday, October 18, 1994
Maxine Cole, Coordinator of the EAGLE Project		
Keith Conn, Environment Coordinator		
Alfred Linklater, Director of Education		
Ovide Merceredi, National Chief		
Congress of Aboriginal Peoples	15	Tuesday, October 18, 1994
Darilea Dorey, Vice-President		
Diane Jardine, Director of Justice		
Dan Ryan, Executive Director		
Native Women's Association of Canada	15	Tuesday, October 18, 1994
Amy Angeconeb, Executive Director		
Claudette Dumont-Smith, Health Specialist		
Métis National Council of Women	16	Thursday, October 20, 1994
Sheila Genaille, President		
Marc LeClair, Chief Administrative Officer, Métis National Council		
Lucille McLeod, Alberta Métis Women		
Métis National Council	16	Thursday, October 20, 1994
Diane Kinnon, Health Consultant		
Marc LeClair, Chief Administrative Officer		
Gerald Morin, President		
Gerald Thom, President, Métis Nation of Alberta		
Pauktuutit (Inuit Women's Association)	16	Thursday, October 20, 1994
Martha Flaherty, President		
Roda Grey, Health Coordinator		
Tracy O'Hearn, Special Assistant		
Inuit Tapirisat of Canada	17	Wednesday, October 26, 1994
Rosemary Kuplana, President		

leaders at the community, regional, provincial, and national levels adhere to the priorities identified by a community in establishing goals and concrete measures that will be part of the national plan;

the programs and services deemed necessary to meet the particular needs of communities provide some measurement of where and when the successful outcomes are expected.

4. Information Dissemination

The Committee believes that if a national plan of action is to be effective, ways of facilitating greater sharing of information must be found. It recognizes that a greater sharing of experiences and a greater coordination of initiatives would take place if there were a central location available to all groups.

The Committee recommends that:

the federal government, in collaboration with provincial and territorial governments and Aboriginal organizations, establish a national clearing-house to receive, organize, and disseminate information on initiatives relevant to wellness in Aboriginal communities.

5. Priority Areas

The Committee has identified several priorities for consideration in developing the national plan of action for Aboriginal wellness and in directing resources to specific community initiatives. Members want to emphasize the need to focus on socio-economic factors as the critical variables affecting wellness. They also know that there is a high proportion of individuals under 20 years of age in Aboriginal communities and feel very strongly that more prominence must be given to the concerns of the preschool children, preadolescents and youth nearing school-leaving age. In addition, they also agree with witnesses that traditional healing methods and other culturally appropriate initiatives require greater recognition and support.

The Committee recommends that:

the federal government, in collaboration with provincial and territorial governments and Aboriginal organizations, ensure that the national plan of action focus on socio-economic development, young people, and traditional healing methods as first priorities.

that any strategic plans developed and implemented by individual communities achieve overall national health goals. The federal Minister of Health is in the best position to work with the relevant federal, provincial, and territorial departments to ensure that concrete measures designed to improve the socio-economic and other conditions essential to wellness in all Indian, Métis and Inuit communities are implemented and are effective.

The Committee recommends that:

Health Canada, in collaboration with provincial and territorial governments and national Aboriginal organizations, take the lead in coordinating and implementing the plan of action for Aboriginal wellness;

the plan include specific measures of wellness status, establish clear goals, and set particular time frames for implementing actions and for evaluating progress;

the Minister of Health, following consultation with national Aboriginal organizations, table an annual report in Parliament on the progress made toward wellness;

this annual report state the particular areas in which benchmarks are established, the particular goals that are set within a particular time frame, and the various means that are utilized to achieve the goals.

3. The Community Role

The Committee believes that the criteria for successful programs, as identified by Aboriginal peoples, should form the base for future endeavours. Wellness programs need community endorsement and involvement in designing, developing, implementing, and assessing for effectiveness. The community members — young and old, male and female, employed and unemployed — are in the best position to assess needs, suggest appropriate approaches, and evaluate whether something is working.

The Committee recommends that:

through the consultative mechanism on Aboriginal wellness, existing resources — both human and financial — be identified and reallocated to enable communities to be fully involved in consultations on wellness issues affecting all members;

these community consultations be ongoing and form the base for any community strategic plan of action involving specific benchmarks;

to resolve land and resource issues and to support increased economic development and greater self-sufficiency. However, members strongly believe that a national plan of action is needed. This national plan must be flexible enough to take into account the needs of different regions. They also agree that successful outcomes in relation to Aboriginal wellness can only be achieved if the impediments created by the current jurisdictional divisions are removed and if communities can rely on collaboration with and among governments and private sector interests.

1. A Consultative Mechanism

Requests for a consultative mechanism to address the health needs of all Aboriginal peoples have already come from several directions, including, most recently, the Tripartite Working Group on Aboriginal Health and the Royal Commission on Aboriginal Peoples. The Committee agrees that various levels of government and representatives of all Aboriginal peoples can work jointly with communities to develop a comprehensive and coordinated plan for wellness.

The Committee recommends that:

the federal minister of Health propose to the Conference of Ministers of Health the immediate establishment of a consultative mechanism for developing a national plan of action on Aboriginal wellness;

this consultative mechanism involve representatives of all Aboriginal peoples and of federal, provincial, territorial and local governments;

these representatives work with individual communities to identify and develop collaborative community development partnerships.³⁴

2. The Federal Role

The federal government has the key role in coordinating national frameworks for overall population health. In particular, it has an established role in health promotion and prevention, particularly if health concerns and activities cross several jurisdictions. The Committee believes that a comprehensive and coordinated plan is needed to ensure

All of the Bloc Québécois members in attendance at the meeting of the Standing Committee on Health supported the adoption of this report. They requested, however, that the following be added to the report as a footnote: The Bloc Québécois is of the opinion that, although aware of the magnitude of the mental health problems facing the Aboriginal people of Canada, it is not up to the federal government to take the initiative regarding an action plan, given that health is a matter under exclusive provincial jurisdiction. The Bloc Québécois feels the initiative should come from the provinces, in collaboration with the Aboriginal communities. However, we do not exclude the possibility of a certain level of cross-Canada coordination, through the Canadian Conference of Health Ministers, in order that the concerted efforts of the provincial governments might permit the realization of significant improvements in the health of the Aboriginal people.

Provincial and territorial efforts to develop a global plan for wellness in the diverse Aboriginal communities within their boundaries are currently being developed. Although the exact form that the provincial and territorial plans will take when fully implemented is not known, they provide an example of how the needs of all groups of Aboriginal peoples can be addressed in a comprehensive and coordinated fashion.

While recognizing that communities must take the lead in developing and implementing wellness programs, the Committee saw a need for all governments — federal, provincial, territorial, municipal, band, and settlement — to establish, using existing resources, a comprehensive and coordinated plan that could meet the needs of all Aboriginal peoples in Canada. The federal Minister of Health has already been asked by the Tripartite Working Group on Aboriginal Health to take the lead in reviewing and developing funding mechanisms for strategic health planning and in establishing a mechanism for the effective delivery of health services to Aboriginal peoples. In addition, at the level of federal, provincial, and territorial health ministers, the development of national health goals based on common directions in provincial goals is being considered.

According to many witnesses, the foundation of positive health lies within social, economic, political and cultural spheres. The Committee also heard that, within these spheres, there are various indicators of health status that could provide measurable benchmarks for assessing the movement toward established goals. Such benchmarks could provide communities with a flexible reference point for goal setting that would allow the measuring of results and outcomes. One well-known example of the application of benchmarks is currently taking place in Oregon, U.S.A.

Within any comprehensive plan of action on wellness, particular attention needs to be directed to the major problem areas identified by Aboriginal groups: substance abuse, suicide, and family violence. Careful use of existing data could establish an historical baseline of prevalence and allow for the establishment of various benchmarks to be achieved within specific time frames. For example, if the current percentage of adults who abuse alcohol or other substances is 50%, then the goal could be to reduce it by half, to 25%, in five years. Communities in which the abuse of alcohol or other substances was identified as a particular problem would work with various partners to identify appropriate means of reducing the incidence of abuse and finding ways of assessing the effectiveness of their efforts.

B. What Does the Committee Recommend?

A Collaborative Plan of Action

The Committee members acknowledge the movement that has been made by all levels of government — federal, provincial, territorial, municipal, band, or settlement council — to promote wellness in Aboriginal communities. They recognize the efforts

possess the knowledge and ability to make and influence choices and decisions that are conducive to good health. The Committee agrees that information is fundamental to creating the personal knowledge and capacity that empowers individuals to act on behalf of themselves, their families and their communities.

4. The Young

Witnesses identified several areas of particular concern in relation to the young. Evidence strongly suggests that experiences during prenatal and early childhood development have a long-lasting effect on all aspects of health. Interventions at other critical stages or transition periods, such as the period of entry to school, adolescence and adulthood, are also seen as important. According to several witnesses, resources are needed in many communities for the preschool child, an age when the physical, emotional, spiritual and mental capacity for the future is developed. School-age children from primary to secondary levels are also in need of resources, as are the youth who are near to school-leaving age.

Many witnesses argued that more specific programs focusing on health promotion and prevention should be directed to the young at all stages. In particular, witnesses talked about the important role played by schools and by access to recreational facilities and opportunities. While their needs include, first and foremost, a focus on prevention, for many preadolescents and adolescents, there is often a need for treatment for problems emanating from substance abuse and physical and sexual abuse. The recovery of adolescents from such problems usually requires services different from those offered to adults.

5. A Plan of Action

The Committee heard that many reports have been written and many suggestions made for changes to benefit Aboriginal peoples. Repeatedly, this particular population of a million Canadians has been designated by international, national, and regional bodies as one of the most needy in the country. In spite of the breadth of effort being undertaken, the Committee saw little concrete evidence of positive change for Aboriginal peoples.

It was told how Aboriginal peoples had been targeted to a greater or lesser extent in numerous federal health strategies coordinated by Health Canada, including the Child Development Strategy, Family Violence Prevention Initiative, Drug Strategy, and most recently, Building Healthy Communities. It heard about the Aboriginal Economic Development Strategy managed by Indian and Northern Affairs Canada. It also heard that these federal efforts sometimes divide communities, establish short-term time frames, offer rigid terms and conditions, and are set up without full consultation.

members of the community assumed a collective responsibility for ensuring that the program was carried out. Third, this a collective responsibility translated into a willingness on the part of community members to invest a significant amount of personal time in ensuring that the programs were successful.

At the present time, while Aboriginal leaders are often visible decision-makers in relation to the delivery of services within communities, they are not always involved in the design of the programs. The principle of wide community involvement is accepted as crucial to healthier outcomes. Communities that are seen by others and that see themselves as experts in relation to their own needs build stronger and more successful programs. In addition, the type of intersectoral collaboration that is needed among the health, education, economic, recreation, and social sectors occurs most readily and successfully at the local community level.

The Committee heard that both traditional and western approaches are necessary for the movement toward wellness. While witnesses emphasized the importance of their traditional approaches, they also recognized that their world, like that of those around them, has changed and requires new adaptations. However, for many individuals, the need to access services in which their cultural experience is recognized in the design and implementation is crucial. Programs developed by Aboriginal peoples in their communities can incorporate the degree of cultural and spiritual input that is deemed essential to success.

3. Information Dissemination

In speaking with witnesses who appeared in Ottawa and in communities across Canada, the Committee became aware that many of them had no knowledge of the various initiatives being undertaken to maintain or restore wellness in other Aboriginal communities. At the same time, the Committee became aware that the initiatives it heard about and received information on constituted only a small portion of the many efforts currently being undertaken in various regions of the country. The Committee believes that information about the many programs, both successful and unsuccessful, needs to be disseminated more widely and in an effective manner. It is aware that the sharing of information can avoid the duplication of effort and can allow communities to adapt existing designs to meet their particular needs.

This lack of information flow is detrimental to the efforts to develop effective ways of moving toward wellness. Information is an essential component of empowerment. Individuals and communities often find themselves trying to create and implement a program that has already been applied, with varying results in other places. In other instances, communities that have developed programs that worked well in some circumstances, but not in others, would like to share their knowledge, but are limited by a lack of resources for publicizing their work. Individuals and communities must

1. Self-Reliance and Self-Determination

Many witnesses argued that community development in the broadest sense, involving economic, political, social, and cultural growth, is a critical factor in moving communities toward wellness. Community development provides the avenue for improvements in the socio-economic conditions faced by Aboriginal peoples. Strengthening the community allows for increased partnerships and changes the level of dependency on external resources.

The Committee recognizes that community development is tied closely to access and control over the use of land and resources. For Indian, Inuit and Métis, the traditional economy, which involved hunting, fishing, trapping, and gathering, was essential to their well-being. In addition to providing an economic base that supported self-sufficiency, these activities were the source of pride and a sense of self-worth. Currently, however, Aboriginal peoples wishing to engage in these activities are confronted by other segments of society who either compete for the same resources or who disagree with the traditional use of the resources, saying it's morally wrong.

It was apparent to the Committee that different groups, and different communities within the groups, are at different stages in the move toward greater autonomy. Across Canada, several models of development, many similar to municipal governments, are emerging among Indian, Inuit and Métis communities. In urban centres, Aboriginal organizations are involved in the direct delivery of social and health services. There was a common theme among all groups that wellness must be based on a strong community foundation. However, to achieve this, witnesses argued that greater collaboration was needed among the various levels of government that interact in the daily lives of Aboriginal peoples, as well as with that of other Canadians.

All Committee members agree that wellness must be based on self-respect self-reliance and self-sufficiency. The Committee is supportive of all Aboriginal peoples in their move to self-determination and self-governance. It believes that the settlement of land claims, leading to increased control over land and resources, is a crucial variable in relation to wellness. It recognizes that, like other communities and populations in Canada, Aboriginal peoples want to participate fully as decision-makers and have the authority to allocate resources necessary for their health. The job of governments and of Aboriginal organizations is to facilitate communities as they move toward wellness.

2. Successful Programs

Repeatedly, witnesses told Committee members that the most successful program leading to wellness shared several criteria. First, they were based on significant input from the members of the involved community. Second, as a result of the input

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

A. The Way Forward

The Committee learned throughout its hearings and visits that the three major Aboriginal groups are comprised of very distinctive subgroups, each having a particular heritage. Although the report makes references mainly to the three Aboriginal groups, the Committee acknowledges the uniqueness of each community. While the Committee recognizes that the health-related needs of Aboriginal peoples are a function of their specific culture and tradition, it understands that the needs also vary according to their place of living, whether remote reserve, settlement, or downtown urban setting.

The Committee acknowledges that the process of healing and the movement toward wellness must involve the recognition by all Canadians of the way that past actions shape the present reality for Aboriginal peoples. Indians, Inuit and Métis from all parts of Canada stressed that their history, both the positive and the negative, is an essential determinant of their health. They told the Committee that the roots of violence and abuse against themselves and others are found in the past practices aimed at colonization, assimilation and acculturation. In their opinion, factors related to forced relocation, organized religion, different educational values, and federal policies, including residential schools for status Indian children, often had negative consequences for Aboriginal traditions, values, beliefs, behaviour, and self-esteem. Furthermore, the Committee heard that isolation, remoteness, and the lack of access to appropriate services, also contribute to the perpetuation of problem behaviours.

While the Committee was reminded repeatedly of the diversity of Aboriginal peoples, it was also told that all groups share some common grounds that are essential to achieving and maintaining wellness. Witnesses spoke particularly of the importance of the extended family as the basic unit with significance to all Aboriginal cultures in raising children and problem-solving. Within the extended family, adults have a collective responsibility for the health and well-being of children. The world in which all live is viewed holistically, meaning that all facets of one's life must be addressed when problem solving.

During their community visits, the members of the Committee noted the extensive involvement of Aboriginal women in the efforts to move communities toward wellness. Several witnesses argued that the ongoing role of women as the primary care-givers for families has opened the door for their current role as service providers for the whole community. In their opinion, women take a long-term and consensual view of change. Witnesses called for a greater integration of women into the current Aboriginal leadership at the community, regional, and national levels, along with changes to enable men to be more effective and involved in health actions.

G. Data Collection and Information Sharing

Several witnesses argued that a better evaluation of existing programs was needed and that, to do this, data collection and information sharing are important. Better information is required to guide policy development. Witnesses noted that it is difficult to know which treatment or prevention programs are the most effective because good, sound data are often missing.

Communities such as Alkali Lake have managed to promote their success to some degree through their videos and book. Conferences such as those held by the Native Mental Health Association and various Aboriginal organizations also disseminate information. However, other communities visited by the Committee, as well as various witnesses, talked about the problems of learning about, and gaining from, the experience of others.

One particular complaint about data collection and information dissemination concerned both the lack of computers and the lack of training to use them when available. Several witnesses talked about the need for a technological infrastructure to share information, particularly ways of utilizing computers to connect data and information collected by communities. Sharon Rudderham of the Union of Nova Scotia Indians noted that:

The government feels that providing a computer to each band is giving the band the infrastructure to manage its own health program, whereas government departments have hundreds or thousands of workers and computers to manage these programs for First Nations.(29:19)

universities to give lectures to classes in order to sensitize students to Aboriginal health issues. Vince Tookenay noted that: "By and large, most of the training programs that go to Aboriginal communities are very short-term training programs, something to begin to identify them as a counsellor or something of that order. The credentialing process is not there, and they're limited to working on reserves, nothing beyond that." (20:49) The Association is currently working with Health Canada on developing an Aboriginal community mental health worker training program.

The Committee was told that Aboriginal community workers "struggle to provide services for their clients while simultaneously dealing with their own personal issues and the ever-present threat of burn-out."³³ In Labrador, Celeste Andersen of the Labrador Inuit Health Commission explained when talking about suicide that: "The number of trained individuals available to provide intervention is at a minimum. Also complicating the picture is the fact that in, most cases, community workers are providing the counselling and support services and must work closely with family and friends. They, themselves, are often grieving. Burn-out is a very real threat to our workers as they struggle to cope with the crises within their communities and families." (26:19)

Witnesses pointed out that addictions workers or prevention workers are usually selected at the community level by the chief or band council, who also decide whether they will go for training or not. It was noted by many people that some workers are extremely stressed because they are required to do many different things. Deanna Greyeyes of the Society of Aboriginal Addictions Recovery told the Committee that more than 50% of those who go for training may leave the community because the community cannot pay them. (24:17)

Overall, witnesses stressed the need to increase the number of Aboriginal workers. Further, front-line workers strongly requested culturally appropriate training that would also assist in their own healing. William Mussell emphasized that education and training should be designed, developed and delivered to meet the needs of the community as client, over the individual and the family; the curriculum for training should honour indigenous history and culture; the delivery of curriculum should take place in a multicultural context; the curriculum should provide opportunities for grieving, healing and processing life experiences so that learning is maximized; teaching and learning opportunities should be designed to accommodate the needs of community workers without the requirement of conventional undergraduate work; and work opportunities should compensate people adequately for their non-formal and informal knowledge and skills gained from community work. (22:20)

prevention of mental illness among young people through the grassroots activities of the Aboriginal Sport/Recreation Association of British Columbia. However, as he pointed out; "this association is one that counts its paper clips" and would benefit greatly from some financial support.(28:30) One frequently mentioned area in which funding appears to be lacking is culturally based treatment centres for young people, especially ones that can address the needs of the whole family. Fred Johnson of Alkali Lake told the Committee about the community's efforts to establish a youth healing and development centre. He noted that: "To our frustration, we have run into many walls. For two years, we have been looking for funding."(14:14)

Chris Corrigan of the B.C. Association of Indian Friendship Centres talked about the wide range of community-level services offered by the organization. He told the Committee about the consistent increase in the percentage of people who live off reserve and the decrease in funding for the centres across Canada. He noted that they deliver \$3 to \$4 worth of services for every \$1 received in funding.(28:20-21) After-care was identified as a major need: "Treatment centres are fine for the individual, but what about when the individual goes back into the community and is faced with the same . . . temptations or . . . urges? We need support for after-the-fact treatment."(28:21)

F. Training

The Committee heard that training needs to be available to Aboriginal peoples who desire to work in their communities but who may be lacking the educational requirements imposed by mainstream institutions. The Sa'ishan Institute Society, a private, post-secondary educational institute based in British Columbia, specializes in meeting the needs and aspirations of indigenous people and gives priority to health and social development issues. The Institute was set up in 1988 for multiple reasons: existing post-secondary educational institutions were not preparing and equipping Aboriginal students to work within their distinctive cultures; there were no systematic or organized programs tailored to address the needs of community workers (many were without university entrance requirements or pertinent training); the communities needed competent on-site workers immediately; and people did not have time for lengthy university training.(22:14)

The Native Physicians Association of Canada talked about the loss of Aboriginal students to medical schools in the United States because of admission refusals by Canadian universities. To encourage students to stay in Canada, the Association promotes and supports initiatives to increase the number of Aboriginal students in health sciences and medicine. The Association, in cooperation with the CMA, provides a \$100,000 scholarship for medical students, amounting to about \$4,000 per student each year over a four-year period. Currently, Aboriginal physicians go back to their

"it was considered as only an Aboriginal submission. It was thrown into the pile with all the reserve submissions, with the Department of Indian Affairs having some authority on whether we would get funded or not. Well, we did not get funded, because the Department of Indian Affairs does not have much identification of activity off reserve." After requesting to be put in the mainstream pile, the project was funded.(25:17-18)

3. Lack of Realistic Time Frames and Inadequate Consultation

Witnesses from both east and west told the Committee that Health Canada develops and implements programs without allowing sufficient time for communities to organize efficiently. Theresa Meuse of the Confederation of Mainland Micmacs (Nova Scotia) told the Committee that it took more than three months from the time Building Healthy Communities was announced in September 1994 until funding got to the band agencies. This left the band only three months to decide how to spend the money before the end of the fiscal year or they would risk losing it.(29:31) Deborah Jackson of Saddle Lake First Nations also noted the length of time that it took for this money to get to the community level. In her community, funding became available only in March 1995, making it very difficult for the community to use it effectively, as money had to be spent by the end of the fiscal year, that is, March 31.(28:93)

Further, several communities expressed concern about the lack of prior consultation on how initiatives should be implemented and on how to obtain funding. In some cases, the communities indicated that they were only consulted after the funding was allocated, and in other cases, they indicated that there was a lack of clarity about what was new money and what already existed.

4. Lack of Funding

Many witnesses talked about the general lack of funding for programs related to Aboriginal mental health. This had negative effects on the provision of services and on the way communities work together. Some witnesses indicated that limited funding could push communities against communities in their need for financial support. Theresa Meuse talked about her first awareness that all First Nations were not the same in terms of allotted resources. She referred to "the smaller voice syndrome", which is the fact that smaller communities get left out of the process because of constraints of time and finances.(29:29) Melanie Omenihio noted that Métis communities are often left out or lumped in with mainstream funding, to their detriment. According to her, "the First Nation and Inuit people have been fortunate in the areas of accessibility to programming dollars.(25:14)

Other witnesses felt that funding for specific programs related to health promotion and prevention, traditional healing and community-based development, and after-care programs, was often neglected. Jeff Reading spoke positively of the potential for

The issue of trying to manage programs within a pre-established financial framework was generally viewed as a reasonable approach. However, Richard Saunders of the Alberta First Nations Health Commission noted that the current method of capping the entire Indian and Inuit health budget by region and of including the Non-Insured Health Benefits in this fixed amount was not working well, as the province changed the health care delivery system. He argued that, as health premiums increased and as other areas of health care changed in Alberta, no additional money was made available to accommodate the increased costs. As a result, a number of programs, including home care, were being squeezed.(28:61) Andrea Cook of the Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility told the Committee: "We have funding for our community workers, for example, and for our addiction prevention program. The money allocated for those community workers has changed very little in the past ten years."(21:22) Bill Mussell talked about the problems with the Saskatchewan Institute of Health (Health Canada) for the delivery of training. According to him, it has remained at the same level for seven years. The Institute is currently negotiating for more money to do the required curriculum.

2. Rigidity of Funding

Within First Nations communities, the criteria that are applied to the allocation of funds is sometimes seen as unnecessarily rigid. As Arnold Devlin of Nodin Counselling pointed out, when money is given to a community, it is the government funding sources that define how the money will be used. Often, this does not reflect the needs of the community. For example, in a community with no running water, low-wattage, diesel-powered electricity, extremely overcrowded houses and no recreational facilities for youth, it is difficult for a community to focus funding on the provision of health and social services rather than on more basic needs.(26:22) Richard Saunders of the Alberta First Nations Health Commission emphasized the need for rigorous criteria that produce results, but argued that the local community needs flexibility to meet its particular needs. He cited an example in which a community wanted to address a substance abuse problem among its young people. By using a few hundred dollars to buy some boards to build a rink for local pick-up hockey, the community aimed to prevent substance abuse by creating a recreational diversion. It was, however, told by federal bureaucrats that the money was only available for posters with messages directing young people not to use drugs.(28:59)

For Métis and non-status Indians, the problem is that they fall between the cracks created by jurisdictional divisions of funding responsibility. Clifford Gladue of the Métis Nation of Alberta talked about getting "lost in the shuffle. Governments tend to either mix us in with the Indian people. . . or else we get mixed in with the general population."(28:59) Kenn Richard told the Committee about a submission for the funding of a family violence initiative to be run by the Native Child and Family Services of Toronto. After being turned down, he pursued the issue and found out that

when Aboriginal peoples must deal with two levels of government, which means different bureaucracies in both the provincial and federal systems. Glen Caplin of the New Brunswick Indian Child and Family Services told the Committee of long waiting periods of four to six weeks when clients are referred to provincial mental health services and of the one- to two-week paperwork process involved in getting approval from Medical Services Branch for non-insured health benefits for a client who may be in crisis. (29:45)

The way that various disciplines involved in providing health and social services are divided is also an issue. Judith Bartlett stated that "sometimes we have many individuals involved in a client's life or in a family's life. Each different discipline approaches the world in a different way. When you have three or four disciplines involved in a family, whether it is the social system, health system, educational system, or housing, they're all approaching the client in a different way, and the client basically doesn't know who to listen to. None of it is consistent, and they are not really understanding the context of their own life." (22:11) She suggests that pulling these disciplines together in a central focal point can be a significant step in ensuring a consistent approach to a problem. Thus, a centre like the proposed Winnipeg health centre would provide linkages, a liaison, and a working relation with other organizations to assist the clients in choosing the best fit for themselves. Lorna Downey of the Métis Child and Family Services of Edmonton emphasized that: "Legislation needs to be amended to insist upon coordination and cooperation among various departments concerned with education, health, justice, and child welfare. If we don't insist upon this, it won't happen." (26:11)

E. Funding

1. Inappropriate Funding Terms

The short-term nature of much funding was a major problem for communities in many parts of the country. Witnesses talked about the need for long-term funding in order to fully plan and effectively carry through on program goals. In Vancouver, Bernie Whiteford, Executive Director of Helping Spirit Lodge, told the Committee of the need for continual financial support after the three-year pilot project funding is completed. As she said: "To stop our work just after it is beginning appears to be only a band-aid solution, particularly when it has taken a full two years to become recognized and accepted as a viable program, particularly in the area of wife assault." (28:23) Celeste Andersen of the Labrador Inuit Health Commission told the Committee that through funds available from Health Canada, the Commission had been able to hire additional personnel to address the problem of youth suicide. However, as she pointed out: "the mental health problems of the Labrador Inuit have developed over a long period of time, and any solutions to the problem must be long-term. We have only begun to open some very deep wounds, and a great deal of healing is necessary." (26:19)

heard that the Tobique Alcohol and Drug Treatment Centre (New Brunswick) proposed the Pehkikak Sebosis, a project which aims at incorporating cultural practices, such as healing ceremonies, talking circles and sweat lodge ceremonies into their addiction treatment program. According to Edward J. Perley, from the Tobique Band Council, Health Canada approved this project for a period of six months, and never renewed it.(29:36-37) Short-term funding by Health Canada does not allow communities to establish and evaluate projects such as these for effectiveness.

Fourth, one of the biggest limitations expressed by Aboriginal peoples with respect to traditional healers, shamans and medicine people is the scarcity of these resources, that is, legitimate medicine people and healthy elders who know the teachings and who are willing to leave their communities. The reason for this scarcity is that, in the process of colonization and acculturation, these individuals were persecuted for practising traditional medicine and holding spiritual ceremonies. Some of them, nonetheless, were able to hold on to the traditional ways and pass them down.

Fifth, the Committee was told that obstacles exist for Aboriginal peoples living off reserve or outside their settlements. Shirley Morrison explained, for example, that there are very few medicine people who are willing to leave their home communities to come to heal Aboriginal peoples in large urban centres, such as Toronto. To address this issue, the Anishnawbe Health Centre is seeking funding support to develop a Traditional Healer Apprenticeship Program.

The last barrier mentioned by witnesses was the unfamiliarity on the part of Aboriginal peoples with appropriate protocol when dealing with traditional healers and elders. This also included the issue of if and how to compensate them for their efforts.

D. Linkages Among Sectors

In addition to the jurisdictional barriers, witnesses noted how sometimes many people from different departments and disciplines are involved in the life of an individual client or their family, with confusing or nonproductive results. This can include people from areas such as health, social services, housing, justice and education. The lack of linkages can affect the delivery of services and the collection of information relevant to mental health.

For many groups, the fact that government divides itself into separate divisions, such as housing, justice, employment, or health, is contrary to the goal of achieving global health and wellness for Aboriginal peoples. Clifford Glade of the Métis Nation of Alberta indicated that the Métis peoples also share such a view. He argued that separating problems into different compartments does not allow for a full consideration of all the different factors affecting a person's life.(28:65) This problem is amplified

involvement and participation in the province's health care reform and that its concerns and ideas must be acknowledged and included "to ensure that the regional approach to health care in Nova Scotia factors in the reality of our population province-wide." (29:9) Richard Saunders of the Alberta First Nations Health Commission noted that most regional health authorities set up by the province have not included First Nations in their consultations. When developing business plans based on financial considerations, they do not consider the impact these plans may have on First Nations communities. Because they see First Nations as a federal responsibility, they feel that there is no mandate or need to get input from Aboriginal communities. (28:63) During the Committee's visit to Northwest River, Iris Allen from the ILHC also expressed concerns that the Inuit peoples from Labrador feel they are not adequately serviced by the federal government as they do not live north of the 60th parallel.

C. Traditional Healing

The Committee was told that there are barriers to practising traditional medicine and to applying traditional methods. First, there is the funding issue. Some witnesses told the Committee that it was easier to obtain funding for Western doctors than for traditional healers. However, it is believed that traditional healing would prove to be more cost-effective as Native peoples become healthier and stronger in all ways. The decreased use of costly prescription drugs, invasive and exploratory tests, and lengthy and expensive hospital stays could lessen the cost of Native health care: "It does not involve costly drugs, invasive tests or removal of the 'patient' from the family into costly hospital stays."³²

Second, witnesses raised the lack of acceptance of traditional healing by the mainstream health system. The Medical Services Branch at Health Canada provides the Traditional Healing Program, which covers the costs of healers who travel to Native communities. It also covers the travel costs for patients visiting healers. However, although Health Canada provides for limited access to traditional healers by status Indians, it must be provided following referral by a Western medical practitioner.

Third, the Committee was told that Health Canada provided only limited assistance and short-term support to programs and services that embrace cultural practices. For example, the population of Sheshatshie, an Innu community of some 1,080 people in Labrador, recently tried out an addiction treatment program set up in the country, including not only those in need of treatment, but the overall extended family, as well as elders. Health Canada provided funding for a period of six months and did not renew funding although, in the view of the Sheshatshie community, this treatment program was more successful than sending Innu people out for treatment. The Committee also

jurisdictional issues among the federal, provincial, territorial governments, and municipal governments and the general government designation of who's Indian, who's not Indian, who's Métis, who's status, or who's Inuit." (21:28) Dwight Dorey of the Native Council of Nova Scotia told the Committee that off-reserve people are "pitted in a jurisdictional void." (29:8) Ed Swain of the Métis Nation of Alberta noted that the Métis are often excluded from provincial efforts to set up service delivery mechanisms "because provincial governments don't want to appear to have fiduciary responsibility for the Métis people as one of the Aboriginal people." (28:69) Iris Allen noted that, for the Labrador Inuit Health Commission, jurisdiction is the most difficult part. While Health Canada provides some program funding, health services are run by the provincial government of Newfoundland and Labrador, as are other services at the community level, through the provincial Ministry of Social Services. In her view, this leads to problems in coordinating reporting systems between different agencies, in facilitating the sharing of information, and in having referrals accepted. As she noted: "The bottom line is we're working for the same people." (26:34)

Roger Hunka, from the Native Council of Nova Scotia, along with many other witnesses, underlined the gross disparities in service provision for what they called the "same target group." (29:16) Lou Desmarais, Executive Director of the Vancouver Native Health Society, pointed out the lack of federal initiatives in the downtown east side of Vancouver, a community that has the distinction of being Canada's poorest community and having the largest collection of Aboriginal people in western Canada. He stated: "while it is not technically a reserve, the downtown east side certainly has all of the markings one might expect to find on any typical reserve in Canada. The housing, for the most part, is rotten. Few people are gainfully employed, which means most of them are on income assistance and are therefore living on or below the poverty line. The health levels of most Aboriginal people within the area are about the same, perhaps lower than the health levels of persons living within reserves." (28:35) However, as stressed by Lou Desmarais, these people cannot access any federal dollars directly. When they try, they are sent to the provincial government's door at which they "wind up getting the crumbs after the administration from the provincial bureaucracies (. . .) and all of the other distributions take place."

Marilee Nault of the Manitoba Métis Federation told the Committee of the way that different treatment for Métis and Indians affects individuals from each group who actually live beside each other. For example, the government builds health and social facilities on First Nations reserves and also pays the transportation costs for patients who require medical attention in large urban areas. The Métis peoples residing beside the reserve may be able to access these medical facilities, but do not have any of the transportation resources. (28:104)

Witnesses in both the east and west of Canada talked about the fact that they are left out of current health reform discussions taking place in most provinces. Dwight Dorey of the Native Council of Nova Scotia noted that the Council was excluded from

greater prosperity: "We have industries. For example, we have Eco Link, which deals with silviculture for our people. We have a store and café, a ranch, a logging company, and we still do workshops for our people." (24:15)

The federal government has developed a Canadian Aboriginal Economic Development Strategy to assist Aboriginal entrepreneurs in securing public and private partnerships. It was initiated in 1990 with the amount of about \$870 million over five years. In addition, DIAND has recently established a Commercial Development Directorate which is, among other things, preparing an inventory of Aboriginal business and community resources. However, both these initiatives are directed at those Aboriginal peoples seen as falling under federal jurisdictional responsibility. As such, they exclude the Métis and a large percentage of Indian and Inuit peoples.

Overall, the Committee heard repeatedly that holistic wellness cannot be considered in isolation from the Aboriginal peoples' socio-economic environment. Wellness entails an appropriate environment in which a community can develop and blossom, and social order can be maintained. Witnesses argued that, without a healthy and harmonious environment, holistic wellness can never be achieved, and the socio-economic conditions now found in a number of communities (inadequate housing; contaminated water; the absence of suitable health services; the loss of identity, culture and way of life; and an absence of recreational facilities for the young) speak volumes in this regard. Without a determined willingness on the part of governments to undertake major changes in the areas noted, it will be impossible for Aboriginal peoples to achieve holistic wellness.

B. Jurisdictional Divisions

Witnesses talked about problems with federal and provincial jurisdictional arrangements for Aboriginal peoples who feel that they are shunted between jurisdictions and funding sources. The primary federal departments involved with Aboriginal health are the Department of Indian and Northern Affairs (DIAND) and Health Canada. However, other federal departments and agencies are involved in areas of housing and employment, which constitute important determinants of holistic wellness. The Medical Services Branch (MSB) at Health Canada is responsible for the provision of health care services to status Indians living on reserve and to all residents of the Yukon territory (including Indians and Inuit). However, MSB is not responsible for Métis and non-status Indians. These other Aboriginal peoples receive health care services through provincial and territorial health insurance plans, but can access programs and services available to the general population through Health Canada.

According to Mark Maracle of the National Association of Friendship Centres, jurisdictional divisions are a major obstacle faced by urban Aboriginal peoples in accessing many health services. By his account, "one of the biggest problems has been

CHAPTER FIVE: GENERAL BARRIERS TO WELLNESS

A. Economic Development

Currently, Aboriginal peoples wishing to engage in traditional economic activities may find themselves competing for resources or confronting the view that traditional pursuits like hunting and trapping are morally wrong. On the moral questions, Rosemarie Kuptana, President of the Inuit Tapirisat of Canada, noted: "The only real economy of my people was the fur trade and seal hunting, and as a result of the anti-harvesting movement, that economy is no longer there." (17:9) Vera Morin representing the Métis Nation of the Northwest Territories told the Committee:

Hunting is a way of life. My nephew shot his first moose when he was eight years old, and we were very proud of it. Very much to our amazement, letters were sent to the editor saying, "You're not teaching gun safety. It's against the law". It was the furthest thing from our minds that it was against the law. This young lad had been part of hunting and had been taught how to hunt and it was a very great source of pride for the family.(28:85)

Sharon Rudderham of the Union of Nova Scotia Indians pointed out the problems of competing with other groups for the same resources and linked it to the land claims issue:

Whether or not we were the first ones here, we still do not manage the coal mines in Cape Breton. We are limited to our fishing, which is a large business in our communities. However, we're running into problems with fishing too. I think matters have to be decided federally in regard to these land claims issues and all the issues our chiefs have raised in order for our communities to achieve self-sufficiency.(29:26-27)

Self-governance, self-determination and self-respect were linked for the Métis as well. One successful initiative involved a property management agreement with CMHC in which the Manitoba Métis Federation manages 1,800 rural properties within the province with a view to the devolution of authority to the communities. The skills learned from this project included: financial planning and accountability; knowledge of tendering; marketing, advertising and promotion; labour standards; building codes; tenant and landlord rights; and responsibilities. According to Marilee Nault:

It will allow the communities to take ownership of their problems and to work together toward a solution. This will instil within the community the self-respect that is lacking in many of the socio-economically disadvantaged areas. This agreement assists the Métis people in reaching self-determination and self-governance.(28:105)

Alkali Lake is a well-known example of a community that has moved toward self-respect and wellness. Joyce Johnson explained that, as people moved toward sobriety, the community was able to encourage economic opportunities that led to

In addition, a lack of appropriate human resources in Aboriginal communities was reported to the Committee. In particular, witnesses and community members stressed the need for additional social workers and trained, local mental health workers and psychologists. The shortage of appropriate personnel is really burdensome for those who, for example, are alone and must provide services to a lot of people in crisis situations and from a variety of communities.

Finally, witnesses agreed with the assessment of the Royal Commission on Aboriginal Peoples that some of the barriers to change are in the Aboriginal communities themselves. They acknowledged that community leaders are often more interested in economic development and self-government than social problems, the events and risk factors associated with suicide create shame and secrecy, adults may fail to act as role models for the young, and conflicts and rivalries in communities prevent action.

However, witnesses also emphasised that non-Aboriginal control over programs and resources has meant that little action has been taken on calls for long-term prevention; emergency measures are uncoordinated; no comprehensive, nationwide mental health policy has been developed; access to programs and resources is unequal; multiple funding sources create confusion; and information and training resources are inadequate.

Noah Augustine received his certification as a suicide-intervention trainer from Living Works Education Incorporated based in Calgary, Alberta. This is an international chain of trainers existing in North America and Asia. He works primarily at the First Nations level, sharing his training with other communities, including Big Cove, and also with the RCMP and mental health organizations.

Celeste Andersen who works with the Labrador Inuit Health Commission talked about efforts to address the issue of youth suicide. In Nain, a community that has serious problems, a crisis line has been established and volunteers have been trained in suicide intervention. In addition, people have been trained as trainers. Through Brighter Futures, funded by Health Canada, a mental health coordinator and crisis intervention worker were hired to coordinate the crisis line and to support the crisis intervention teams. This existing crisis line is being evaluated with a view to developing a regional line. A psychologist responsible for initial assessment, counselling, crisis intervention, in-service training for front-line workers, and the facilitation of self-help groups, has been hired. Through the Drug Strategy, a youth coordinator has been made available. Two youth forums have been initiated to permit young people to voice their opinions and make decisions, while funds for youth projects have also been made available.

3. Barriers to Community Wellness

Although several initiatives with relevance to suicide prevention have been developed by Health Canada, (for example, the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, the Family Violence Initiative, and Brighter Futures) these have been criticized by the Royal Commission on Aboriginal Peoples. First, the Commission indicated that these programs exclude roughly 60% of Aboriginal peoples who fall outside the federally defined category of "Indian". Second, the Commission reported a lack of emphasis given to the programs by many Medical Services Branch regional offices. Third, it pointed to the limited resources allocated. And finally, the Commission underlined the generally low priority given to mental health concerns.

Further, some witnesses suggested that past and current programs addressing the issue of suicide in Aboriginal communities may act as barriers because their focus has been on death rather than on life. For example, Grace Morin told the Committee that:

Methods in the past have focused on reactive, rather than active, ways of doing things. The nature of suicide calls for a crisis-oriented style of intervention. The focus has been on the issue of suicide. This focus has not alleviated nor addressed the real pain and basic needs the person needs to fulfill. A crisis-oriented focus only adds to the problem. Our focus can no longer be on the problem. We know the problem of suicide exists. We need to focus on solutions and ways to enhance life, not death. (26:7)

suitcase or accidental incident. Mrs. Allen also informed the Committee that many attempted suicides are not reported by parents, friends, or family who physically removed a gun from an individual threatening suicide.(26:17) Overall, however, even with the limited statistics available, the evidence indicates that suicide figures for Aboriginal youth are too high.

2. Current Actions and Proposed Solutions

The Committee heard about several attempts to address the issue of suicide. Grace Morin from the Hobbsma Reserve, talked about a program on the Samson Reserve in Alberta called the Solution Group. They aim to help people begin to take control and responsibility of their lives. This starts by helping people to identify their ineffective and their effective behaviours. In her view, when people see more available options, they see more reason to live: "If people are too busy living, they are not going to think of suicide as a solution. Instead, they'll determine what the best, purest human need is for themselves, and they will act on it."(26:9)

Lorna Downey told the Committee about the model used by the Métis Child and Family Services Society of Edmonton for service delivery. It focuses on a holistic and traditional approach to healing and offers a variety of programs and services based on needs stated by the community. Youth workers are trained Aboriginal social workers who place a high priority on positive role modelling and who expose youth to cultural activities, events, arts and crafts. Elders are utilized to teach about culture. Workers collaborate with the youth justice system, including the courts, and youth justice committees to supervise community service hours and to monitor and supervise individuals released under section 7(1) of the *Young Offenders Act*.

Arnold Devlin, from Nodin Counselling Services, a native mental health program located in Sioux Lookout in northwestern Ontario, explained that Nodin has thirteen mental-health workers in the community and nine hospital-based workers in Sioux Lookout. Six psychiatrists and two clinical psychologists visit on an annual basis to provide support to the mental-health counsellors in assessments and evaluations of their clients. In addition, volunteer crisis teams go into the communities to provide support and assistance after a suicide or tragic death. A suicide bereavement project uses grief counsellors to provide services to survivors and to work with elders in understanding the issues of grief and loss from a community perspective. In addition, a suicide register has been introduced, based on a model developed in the United States at the Centre for Disease Control and used by the Indian Health Service. It is currently implemented in 3 communities out of 26 and consists of collecting information on all types of suicide behaviour and creating a data base for clinicians and workers to access for assessment of individuals.

people.³⁰ A member of the Big Cove First Nation, a community that painfully experienced a large number of completed and attempted suicides between 1992 and 1994, stressed that, for every completed suicide, the lives of 50 to 200 people are directly and seriously affected, and that such a situation placed them at risk of entering a crisis of their own. Suicide affects Aboriginal communities of all groups and of all regions.

The Committee heard that the younger members of Aboriginal communities are disproportionately affected by suicide. The special report on suicide from the Royal Commission on Aboriginal Peoples indicates that, among Aboriginal youth aged 10 to 19, the suicide rate was five to six times higher than that of their non-Aboriginal peers.³¹ However, it is the ages of between 20 and 29 when Aboriginal peoples, like their non-Aboriginal counterparts, showed the highest rates of suicide. The Commission points to the high percentage of the Aboriginal population currently under the age of 15 and argues that, as this group moves toward the ages of greatest risk, Canadians must be seriously concerned and take action to change the conditions contributing to the high suicide rate.

Presenters who talked about the issue of Aboriginal youth and suicide informed the Committee about the problem with the underreporting of both completed and attempted suicides. This underreporting may be explained by a variety of factors. For example, Lorna Downey, Program Manager with the Métis Child and Family Services Society of Edmonton, noted that Métis-specific statistical information is difficult to obtain, since there is not necessarily a separate coding category for the Métis, who can be classified as either Aboriginal or "other." (26:9) In addition, the Committee was told that workers may sometimes be reluctant to ask a client to identify their race for fear of being perceived as racist. The Committee learned that, as a consequence, statistics relating to Aboriginal peoples are generally underestimated.

Further, Noah Augustine, a Suicide Intervention Trainer at the Redbank First Nation (New Brunswick), told the Committee that general problems with data collection can be complicated by the fact that the stigma attached to suicide makes officials reluctant to record questionable deaths, such as automobile accidents, as suicides: "For example, if somebody drove straight into a tree, they might call it an accidental death, but if you did a psychological autopsy on that situation, you may find out that it was a suicide." (26:13) Iris Allen also pointed out that statistics on youth suicide in Labrador are collected differently by the RCMP, who categorize them under the *Mental Health Act*, while the Labrador Health Services Board may categorize them as a type of medical problem, such as stab wound, medication overdose, or gunshot wound. This makes it difficult to determine whether the medical attention was needed due to an attempted

³⁰ Iris Allen and Celeste Anderson, Brief, 28 February 1995, p. 7-8.

³¹ Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People*, Ottawa, 1995, p. 11-13.

reallocate funding to other purposes. She also indicated that non-Aboriginal treatment centres are not appropriate for Aboriginal peoples because they do not deal with the affirmation of core being, that is, the identity of Aboriginal peoples.

Status Indians living off reserve, non-status Indians and Métis are covered under the general programs offered by the federal government to all Canadians and through programs and services offered by provincial or territorial governments. The majority of these programs are not culturally sensitive and are consistently underutilized by Aboriginal peoples.²⁸ Recent efforts by both the Ontario and Northwest Territories governments demonstrate that, through collaboration with Aboriginal organizations and communities, positive changes can be identified and hopefully implemented.

Traditional approaches to substance abuse are said to be very effective in recovering sobriety. However, the Committee was told that the efforts by some Aboriginal communities to design and establish more culturally sensitive addiction-treatment programs, such as those suggested in Sheshatsheits and in Tobique, received little attention from Health Canada. Pat Shirt, from Poundmaker's Lodge, told the Committee about a study that found that Aboriginal youth who identified with the traditional way of life used less alcohol and drugs than the ones who identified with the non-Aboriginal way of life. It also found that the Aboriginal peoples who used the least amount of alcohol and drugs were the ones who were bicultural and were able to adapt from one culture to the other.

C. Suicide

1. Background

Information provided by the National Association of Friendship Centres and by the Royal Commission on Aboriginal Peoples indicates that suicide among Aboriginal peoples is at least two to three times the rate for non-Aboriginal Canadians. Statistics provided by the Friendship Centres show that, in British Columbia, Quebec, Ontario and Northern Manitoba, the suicide rate is anywhere from two to ten times the national average.²⁹ Other information from Iris Allen indicated that, in Nain, a small community in Labrador, based only on statistics reported to the RCMP, there were, in 1994, three completed suicides in a population of 1,200 or one suicide for every 400 people. She also indicated that there were 25 attempted suicides or one attempt for 50

²⁸ Reports from Consultations 1990-1991 for Medical Services Branch Steering Committee on Native Mental Health.

²⁹ National Association of Friendship Centres, Brief, 15 December 1994, p. 15.

provision of follow-up, after-care and rehabilitation; specific focus in the prevention of gasoline sniffing and solvent abuse; more specialized training for counsellors and community health workers, and greater numbers of community health workers.

With respect to preventative measures, Andrea Cook from the Akwesasne First Nation Health and Social Services Facility, and many other witnesses, stated that addiction-prevention programs are not enough to solve problems of alcohol and drug abuse. More counselling programs are needed. Therefore, more Aboriginal peoples need to receive training in the field of addiction counselling. Witnesses stressed that counselling programs must be based on traditional approaches for healing. Through traditional counselling programs, Aboriginal peoples have an opportunity to be heard. They are listened to. Their opinions are valued. Their frustrations and resentments are understood.(21:15).

Deanna Greyeyes, Executive Director for the Society of Aboriginal Addictions Recovery (Alberta), emphasized that treatment centres are the foundation of sobriety. While sobriety is a critical part of recovery, long-term recovery, however, needs to look at the underlying reasons why the person may have begun using alcohol or drugs. The Committee was told that: "One thing we know is that, with a clear head, people are able not only to identify problems they have, but also to solve the problems they have."(24:10) But since a lot of issues may be involved with maintaining recovery, it is essential, following an addiction treatment, that access to follow-up and after-care services is available at the community level in order to prevent relapses.(24:11)

Deanna Greyeyes further suggested that, for a community to heal, people must first achieve sobriety. Any programs dealing with family violence, sexual abuse or issues of trauma must be done on the foundation of sobriety. There may be denial by the whole community about substance abuse: "(. . .) if we clear up the violence, the drinking will go away. Well, that's a myth."(24:12) Several witnesses talked about the need for sober leadership. Nancy Peel with the Northwest Territories Métis Association told the Committee that, a few years ago, "for the first time in the history of the Northwest Territories, a group of leaders went out for treatment together as a community . . . about 80% of them are still doing quite well."(28:86)

Cathryn George, from the Association of Iroquois and Allied Indians (Ontario), and Fred Johnson, from Alkali Lake (British Columbia), told the Committee that their children must be sent out of the province into Alberta or the United States for treatment. Roundmaker's Lodge was the only Aboriginal addiction treatment establishment offering a program for youth. Other witnesses also pointed to the lack of treatment facilities for the adolescent in Canada.

Although most communities devote the funding they receive to the purpose for which such funding was designated, that is, to addiction prevention and treatment, Deanna Greyeyes expressed the concern that some communities may decide to

counsellors. Of its graduates, 23% went on to post-secondary education; 37% became elected leaders in Alberta; and a large number work as volunteers in their communities.(20:5) It started National Addictions Awareness Week within the Aboriginal community and now has 700,000 people involved in celebrating their successes. According to Maggie Hodgson, for every dollar the federal government invests in this activity, the community raises \$5.(20:6)

Poundmaker's Lodge, founded in 1973, is the oldest Indian-oriented in-patient program for addictions in Canada. In its twenty-eight-day residential treatment program, it uses a specialized and structured treatment approach that embodies cultural awareness and the Alcoholics Anonymous philosophy. Four treatment components are offered to clients: education, skills development, counselling and Native culture. In addition, based on evidence that family involvement is the single best predictor of success in continuing recovery, the family of the client is encouraged to participate during the last week of treatment. Since 1990, Poundmaker's has also offered an intensive ninety-day addictions program for youth between the ages of 12 and 17 at its Adolescent Treatment Centre at St. Paul, Alberta. According to Pat Shirl, Executive Director of Poundmaker's, these and other programs such as out-patient and follow-up care "have made the most impact in Indian country in terms of us recovering our own feeling of pride in being Native." (24:9)

Alkali Lake (British Columbia) provides one excellent example of the importance of treatment centres for community recovery. In moving from almost 100% alcoholism to about 95% sobriety, Fred Johnson, the Alcohol and Drug Program Coordinator, told the Committee about the time that is needed to heal and about the pain for many individuals: "We are fortunate today that we can deal with that pain. We can deal with the sex abuse that has happened in our communities and the alcoholism. That is where we're at today. We are healing today. We will slowly make our family units healthy. We are a long way. . . I don't know how long, but I'm really grateful for all the treatment centres." (24:14) Joyce Johnson, the Housing Administrator, talked about the way the community has worked together to achieve its goals. It has a sober leadership. It encourages and supports economic development. It builds new homes. It makes a major investment in its people of all ages, providing support for people away at treatment by fixing their homes, caring for their children, coordinating programs for youth and elders, and generally "trying to provide a good environment in the community." (24:16)

4. Barriers to Community Recovery

The current provision of and access to substance abuse services varies widely among Aboriginal communities and, for most, existing programs and services are often seen as inadequate to meet community needs. They still lack: community-based detoxification and treatment centres; centres that incorporate traditional approaches;

Some witnesses agreed that labels for bottles could be a good idea, but also stressed the importance of prevention. For example, Chris Corrigan insisted that "preventative techniques have to be the cornerstone of any kind of strategy. It's not just specifically labelling bottles, but ensuring that preventative strategies are designed to respond specifically to the kind of communities we are talking about." (28:19) Resources for prevention in high schools, and even elementary schools, were seen as necessary.

3. Current Actions and Proposed Solutions

Substance abuse in Aboriginal communities is currently addressed by several levels of government. Federally, at Health Canada, programs are offered through the Medical Services Branch to Inuit and status Indians living on reserve. For example, the Addictions and Community Funded Programs (formerly the National Native Alcohol and Drug Abuse Programs — NNADAP) provides community-based prevention and treatment services, including: research into solvent abuse, suicide prevention and fetal alcohol syndrome; the training of workers; and the provision of services. Measures to address substance abuse include: education and prevention, treatment, rehabilitation and after-care, enforcement, and control. Witnesses provided the Committee with many examples of programs that have been initiated by communities and by provincial and federal bodies.

Federally, the RCMP has recently introduced the Aboriginal Shield Program. This was initiated when they realized that their existing drug awareness program called PACE, Police Assisted Community Education, failed to take account cultural differences. Russ Waugh told the Committee about the approach taken in Manitoba. Constables participate in and learn the course on reserves together with the Aboriginal instructors and the people of the community. In some instances, they are billeted with the community members. Although it is in its early days, he has already been told by Alcare workers that it is one of the most positive preventive programs that they have seen. In his view, "this approach is much better than arresting people, putting them in jail and releasing them and arresting them for the same type of crimes over and over. It goes back to: it's easier to build good children than it is to repair adults. . ." (28:126)

At the Nechi Institute on Alcohol and Drug Education and at Poundmaker's Lodge, there are many positive examples of efforts by Aboriginal peoples for Aboriginal peoples in the area of addictions. Both programs were founded on the principle that Native alcohol and drug abusers can be most effectively counselled by other, sober Native people, trained to deal with those problems. Staff are required to make a commitment to total abstinence as an example for the clients. They cannot just "talk the talk," they must also "walk the walk."

Nechi has, since 1974, offered a variety of in-house courses involving addictions counselling, program management, native-trainers development, family violence and adult children of alcoholics. It has trained 3,000 individuals as substance abuse

consume alcohol. He also noted that 80% of all hospital interventions were alcohol-related. Further, the Innu Nation Health Commission reported that 200 persons out of the 1,080 inhabitants of Sheshatshis, or some 20% of the overall population, were sent out for addiction treatment in 1994.

2. Fetal Alcohol Syndrome

Fetal alcohol syndrome has been identified as a priority area of concern for Aboriginal peoples. Fetal alcohol syndrome children suffer physical anomalies of the face, from central nervous system abnormalities and prenatal or postnatal growth retardation. They exhibit a wide variety of physical and behavioral problems. The problems associated with alcohol consumption during pregnancy are not particular to Aboriginal peoples, however, the absence of culturally sensitive programs has been identified as a problem in increasing awareness of alcohol's devastating effects.

The Committee heard about fetal alcohol syndrome and efforts to address the problem from several witnesses. The Native Physicians Association of Canada reported on "Caring Together", which is its health-promotion campaign aimed at pregnant women and developed with and funded by the Brewers' Association of Canada. Posters and information packages have been distributed to reserve communities, nursing stations, and physicians in urban areas with large Aboriginal populations. (20:39) Chris Corrigan talked about programs offered by one FAS worker at the Vancouver Aboriginal Friendship Centre that include "one-to-one prenatal and postnatal counselling with women, men, children and youth, public education, group sessions, referrals and outreach." (28:16)

The Committee is aware that the issue of fetal alcohol syndrome was studied extensively by the Sub-Committee on Health Issues in the previous Parliament and that the government provided a detailed response to the recommendations.²⁶ Committee members have also reviewed the recommendations on the labelling of alcoholic beverages that was proposed in two reports of former House of Commons Health Committees in 1987 and 1991 and have examined the corresponding federal government's response.²⁷ The three reports recommended that warning labels should be placed on beverage alcohol containers. The 1992 report of the Sub-Committee on Health Issues went further in recommending that appropriate amendments should be made to the *Food and Drugs Act* to enforce such warnings. Although the issue of fetal alcohol syndrome was emphasized over the past few years, the federal government has never clearly indicated its position in this respect.

26 Sub-Committee on Health Issues, *Fetal Alcohol Syndrome — A Preventable Tragedy*, Stanley Willbee, chair, June 1992; Government of Canada, *Fetal Alcohol Syndrome — From Awareness to Prevention*, December 1992.

27 Standing Committee on National Health and Welfare, *Pills and Dope: Reducing Substance Abuse in Canada*, Bruce Halliday, chair, October 1987; Government of Canada, *Response to the First Report of the Standing Committee on National Health and Welfare, 1987*; Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, *The Health Care System in Canada and Its Funding: No Easy Solutions*, Bob Porter, chair, June 1991; Government of Canada, *Building Partnerships*, November 1991.

Finally, many witnesses told the Committee that community workers are stressed, overloaded and are not sufficiently remunerated. On the one hand, some Aboriginal communities are remote and workers must spend a lot of time travelling. Some other community workers may have to deal with victims from their own extended family. On the other hand, it was reported that female staff in shelters, such as those provided by the Mi'kmaq Family Treatment Program (Nova Scotia), are paid less (20% to 25%) than their provincial counterparts for the same job position. These workers are not under provincial classifications, but under a federal program.

B. Substance Abuse

1. Background

For many Aboriginal communities, substance abuse is a major concern and appears in conjunction with other serious problems, such as suicide and family violence. According to Pat Shirt, from Poundmaker's Lodge, there is no doubt that alcoholism and drug addiction are the top social problems for Aboriginal peoples today, with very serious consequences in terms of life lost: alcohol and drug abuse are the top killers in Canadian Aboriginal communities.^(24:5-6) Several witnesses argued that the social, political, economic and cultural deprivation facing many Aboriginal peoples, and the resulting loss of identity, loss of belonging, loss of esteem, cultural oppression and ethno-stress, are the deciding factors in their dependence on particular substances.

Direct data about substance use in Aboriginal communities is limited. Most commonly, substance use is inferred from data on rates of incarceration, violent deaths, alcohol-related diagnoses, and admissions to drug treatment programs. For example, it was reported that, while Aboriginal peoples make up about 3.5% of the Canadian population, they are overrepresented in treatment centres and penitentiaries. Medical Services Branch data suggests that violent death by suicide, injury or poisoning is the leading cause of mortality among Aboriginal adults. The correlation of violent death with substance abuse places substance abuse as "the most significant health problem among western Indigenous groups."²⁵

During its visits to Aboriginal communities, disturbing statistics on alcohol and drug abuse were also reported to the Committee. For example, Dr. Normand Tremblay, general practitioner at the Ungava Tulattavik Health Centre in Kuujuaq (Northern Quebec), indicated that some 80% of the global Inuit population in the region regularly

25 Kim Scott, "Substance Use among Indigenous Canadians," in *Aboriginal Substance Use: Research Issues*, Diane McKenzie (ed.), Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting, Canadian Centre on Substance Abuse and National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Ottawa, p. 16.

children. An Inuit woman from Kuujuaq (Northern Quebec) told the Committee that a woman who wants to leave her violent spouse has very few choices. Generally, she must leave her family, her community and sometimes the region, for fear of her spouse's reaction. This woman told the Committee about her own experience of family violence and indicated that, because of denial, it took her almost ten years to get reintegrated and accepted by the community. Other Aboriginal women who appeared before the Committee also pointed out that, since many communities are small and made up of extended families, then the community may become divided if a woman calls the police.

While Aboriginal peoples may access shelters and transition houses from the mainstream system, many witnesses stressed that people there are not aware of Aboriginal culture and lifestyle. Aboriginal values, beliefs and teachings are often invalidated and overlooked by service providers and counsellors who are not knowledgeable of their family and community life. Melanie O'Menihio also indicated that this is a particular issue for the Métis, who must often seek recourse through the mainstream system. The National Association of Friendship Centres expressed similar views with respect to Aboriginal peoples living in urban centres.

Further, many witnesses pointed to the pressing need to develop programs specifically designed for the offender or abuser. For example, the Committee was told that, in Nova Scotia, in 1991, five women were killed by their partner or spouse after they came back from a transition house. In all these cases, the male partner had received no type of intervention or treatment. Aboriginal women believe that offenders are those in most need of help to break the cycle of violence. For Aboriginal peoples, not only the victim must be treated, but the abuser must be treated too. The process of holistic healing begins first with the women, then within their families and communities.

Melanie O'Menihio, like many other Aboriginal women, raised some concerns about police intervention: "The police treat the victims with suspicion and often further abuse. They leave the perpetrator and the victim within the same community, and the victim lives through hell without the protection that is required to assure that violations are not made. This makes the victim very hesitant to call the police again." (25:13) She also noted that restraining orders are ineffective and costly. Because police are not readily available in remote communities, "by the time someone is able to enforce a restraining order, families have often been placed in jeopardy and have faced the trauma of being in life-threatening situations." (25:13)

Most witnesses also stressed the seriousness of child abuse and the dearth of programs. For example, Sarah, a woman who met with the Committee at the Sapuñivik Treatment Centre in North West River, indicated that Inuit children need help, they need to communicate and share their problems and there should be counsellors working at the school level with abused children.

Other witnesses reported fear as a barrier. Neighbours or friends in small and remote communities generally do not provide assistance when asked by a victim of violence because they fear that the violence may be directed toward them or toward their

generally accept the responsibility of the violation." (25:13)

makes it very difficult to deal with the reaction of those women and children when they abuse. When it is identified for them, they do not see the behaviour as problematic. It that: "Often in our community we find people who do not acknowledge or identify of them. Melanie O'Menihio, from the Women of the Métis Nation (Alberta), stated Aboriginal communities is the denial of problems or acceptance (or "normalization") Committee's visits, many witnesses stressed that one of the biggest barriers faced by services are available to communities. In fact, during the hearings, as well as during the education and awareness programs were needed on what constitutes abuse and on what However, more work needs to be done. The Committee heard repeatedly that more

3. Barriers to Family Wellness

The Winnipeg Native Women's Transition House provides a "nurturing, extended family environment for native women and children to live in that encourages native self-awareness, respect for traditional ways, and the deepening of personal identity." (28:135) In addition to individual counselling and advocacy in the legal, child welfare and child medical systems, the centre provides programs on parenting, assertiveness training, nutrition, abuse and addiction, and mother and children storytelling. The woman-centred, culturally relevant approach promotes an extended family model such that "staff and residents take on the role of family, becoming sisters, mothers and aunts, by providing nurturance, caring, sharing and mutual support." (28:135)

program.(28:113-114)

individuals from Sri Lanka, Jamaica and the Philippines have benefited from the any culture, to any society." To date, in addition to Aboriginal peoples in Canada, told the Committee that "the growing popularity of our program is in direct relationship to our cultural component." This cultural component is "transferable to any region, to approach to healing based on medicine wheel teachings. In addition, it offers services to Aboriginal men incarcerated in the Stony Mountain federal prison. Robert Decoste family violence services, which all family members can access. It offers a holistic In Winnipeg, Ma Mawi Wi Chi Itata delivers a comprehensive portfolio of effective

the program.(28:26)

without having them deal with their violence and \$4 a day to have a person go through on parole to the program. Officials realize that it costs \$125 per day to incarcerate men Director, informed the Committee that Correctional Services is referring more people as a caseworker at a recovery house for men.(28:24-25) Sandra McKay, Program new sense of direction. After acquiring additional education, he is currently employed program with restoring him emotionally, spiritually and intellectually and giving him a of seeing an information poster and of going to the program for help. He credits the

During the hearings, many Aboriginal peoples told the Committee that solutions to effectively address the issues of violence and abuse should be based on their holistic definition of wellness and be reflective of their own culture. More specifically, witnesses first suggested that these solutions should not isolate problems from each other; these problems deserve global intervention strategies. Second, while Aboriginal peoples want an end to abusive situations, they wish at the same time to keep the family, as well as the community, together. Third, because violence and abuse are often an intergenerational issue, the Committee was told that initiatives to change must be aimed at all stages of a person's life. Overall, Aboriginal communities believe in an holistic approach to healing for the individual, the family and the community.

Aboriginal communities have already taken some actions to end violence and abuse. Aboriginal women's organizations increasingly speak out against abuse and violence, by both Aboriginal and non-Aboriginal men. Vigils, marches, conferences, meetings, workshops and information sessions are held in communities to fight against physical and sexual abuse. During their visits, the particular involvement and the important role of Aboriginal women in the fight against physical and sexual abuse was evident. Some communities have developed, and are continuing to initiate, culturally based and culturally appropriate programs and services to address abuses of all kinds. For example, the Mi'kmaq Family and Children Services in Eskasoni (Cape Breton, Nova Scotia), in addition to emergency services, has established marital and family counselling sessions during which the talking stick is used to improve communication among family members.

Chief Noël Doucette, from the Chapel Island Band Council (Nova Scotia), provided a good example of how leaders' awareness of physical and sexual abuse and partnership with legal authorities can lead to positive results. He explained that, in Cape Breton, an Aboriginal police force was formed because the leaders were aware of abuses of all types within their communities and that those who were making complaints to the mainstream system were not being heard. He indicated that, since the forming of the Aboriginal police force in December 1994, there has been a "deluge" of complaints of sexual abuse and family violence. In some cases, telephone complaints increased by 80% when compared with previous years. Chiefs from the Maritimes meet on a regular basis to address the issue of abuses. (25:16) Sgt. Pierre Lemonde, of the RCMP, also told the Committee about a partnership that developed since 1990 between the RCMP and the Aboriginal police of the Big Cove First Nation (New Brunswick). According to Sgt. Lemonde, this partnership has led to a better understanding by RCMP police officers of the culture of Aboriginal communities and, as a result, they feel better prepared to deal with the specific problems of the community. (29:57)

In Vancouver, Committee members heard about the three-year pilot project initiated by Helping Spirit Lodge to address Aboriginal spousal assault. The intent is to challenge and examine men's beliefs about women and about themselves. Cedric Jones, a participant in the Aboriginal Spousal Assault Program, shared his experience

CHAPTER FOUR: PARTICULAR CONCERNS WITHIN ABORIGINAL COMMUNITIES

A. Physical and Sexual Abuse

1. Background

Although the incidence of physical and sexual abuse may vary among communities and while the exact magnitude of the problem is unknown, evidence provided to the Committee suggests that it is a major problem within Aboriginal communities. According to Emma D. Larocque,²⁴ some 8 Aboriginal women out of 10 are victims of violence and an increasing number of Aboriginal females (adults, teenagers and children) are physically and sexually abused. She also indicates that child sexual abuse has reached epidemic proportions. This is very disturbing information, as children represent the future of Aboriginal communities.

Violence and abuse can be exacerbated by other problems such as alcoholism and drug addiction. The Committee was also told that physical and sexual abuse is frequently an intergenerational issue: offenders have often, in the past, been abused themselves. Furthermore, the Committee heard that isolation, remoteness and the lack of access to appropriate services contribute to the perpetuation of violence and abuse. For example, the community of Rigoleit, which totals slightly more than 200 inhabitants, has no police officer to whom a victim can report cases of sexual assaults, and, in an emergency situation, it takes, on average, forty-five minutes for the RCMP to fly into the community. As a result, revelations about family violence and sexual abuse generally do not incur any consequences and no action is taken.

2. Current Actions and Proposed Solutions

Since the late 1980s, the federal government has, through the Family Violence Initiative, funded some activities in the fight against violence and abuse in Aboriginal communities. In 1991, of the \$136 million allocated to reduce family violence, \$22 million went to Indian and Northern Affairs, while other departments also directed some funds to Aboriginal people under federal jurisdiction. There is also more interaction and networking between communities and the RCMP and other federal/provincial agencies. Funding is provided to develop a curriculum or train people working in this area. In addition, programming for physical and sexual abuse takes place at the community level with support from provincial governments.

²⁴ Emma D. Larocque, *Violence in Aboriginal Communities*, Health Canada, Ottawa, March 1994.

Aboriginal people on staff, provides a breakfast and lunch program and is currently considering a modified evening meal, offers a comprehensive counselling program to include families and holds potlaches and other cultural events.

D. Specific Approaches for Aboriginal Children and Youth

During the Committee's hearings and visits, Aboriginal peoples stressed that the needs of the high proportion of young people in Aboriginal communities must be addressed by specific initiatives. All ages from the very young child to the young adult were identified as needing resources to strengthen the physical, emotional, spiritual and mental capacity for the future. During the Committee's visits, community members stressed that the lack of access to recreational activities leaves children and adolescents with little or nothing to do. As a result, they are left alone to find ways to keep themselves occupied and, unfortunately, some of these activities are dangerous and unhealthy.

The Committee heard about successful initiatives designed for young Aboriginal peoples. For example, Northern Fly-In Sports Camps Inc. provides programs for youth leadership training and outdoor recreation, sports, aquatics and creative arts in northern Manitoba communities. In all the participating communities, there was a dramatic reduction in the crime rate and a major change in the state of mind of the children who took part. As Dr. Neil Wither of the University of Manitoba indicated: "It is the first time anyone in North America has proven that sports and recreation can be a deterrent to crime." (28:119)

The Aboriginal Sports and Recreation Association of B.C. is in its third year as a grassroots, community-driven organization. It uses sports and recreation as a vehicle for teaching prevention. As Dr. Jeff Reading told the Committee: "We see physical activity and recreation as part of a holistic, healthy lifestyle for an individual. It's grassroots. The focus is directly on youth. If we're looking at prevention of a mental health illness, where better to start than with youth?" (28:29-30)

The Rediscovey International Foundation provides a cultural outdoor experience available to all young people, Aboriginal and non-Aboriginal, male and female. It is based on indigenous cultures' harmonious relationship with the environment. For Katharina Palmer, access to Rediscovey shaped her future. It gave her a new perspective on the racism surrounding her and on her own culture as a Haida. She quoted Bill Reid who stated that Rediscovey "helps young people whose private universes seem empty and chaotic to discover that there is some order in their lives and their world." (28:32)

Lorna Williams, First Nations Education Specialist with the Vancouver School Board, talked about how the Board has worked hard to make schools more open to First Nations families. According to her: "It's something that we've chosen to do because we know that it's through the involvement of families that we can make a difference in the education of children and that we're equipping them better to prepare them for life after their school education." (28:51) Vancouver's Grandview School provided several examples of the positive ways that a school can work with Aboriginal children. It has

had to be taken into account when designing and implementing services. Since Aboriginal groups are not homogenous, cultural healing approaches may vary geographically within the Indian, Inuit and Métis Nations, and even among different language groups within the same nation.

Shirley Morrison of Anishnawbe Health in Toronto gave particular attention to the difference between "culturally based" and "culturally sensitive". The Committee was told that being culturally based means that the vision, philosophy, programs and relationships of an organization providing services are rooted in traditional Aboriginal values. Further, Shirley Morrison stated: "For a native health organization, it means traditional healing approaches and traditional healers are at the core of the organization and provide the primary methods of healing to our people. It means western medical practitioners, such as doctors, nurses and psychologists, play a secondary role and act as supports or helpers to the traditional healers." (20:18) She then explained that being culturally sensitive or culturally appropriate means that an organization provides programs and services that acknowledge, make allowances or compensate for cultural differences.

For some witnesses, culturally sensitive services were those that could be accessed through the use of an interpreter or provided by Aboriginal workers. For others, culturally sensitive meant that there was a combination of both western and traditional healing approaches. The Sapuivivik Treatment Centre, located in North West River (Labrador) is an example of a culturally sensitive organization: although the staff is mainly non-Inuit, there are some Inuit counsellors and an on-site elder participates in group sessions. By contrast, Poundmaker's Lodge at St. Albert (Alberta) and the Lone Eagle Treatment Centre in Big Cove (New Brunswick) are recognized as culturally based residential treatment centres: both were founded and are managed by Aboriginal peoples; they employ Aboriginal staff; and their treatment program is based on traditional ceremonies, including the sweat lodge, pipe ceremonies, sweet grass ceremonies, and sessions with an elder. Throughout its hearings and visits, the Committee received evidence of many other examples in which cultural practices are utilized effectively.

Overall, witnesses provided the Committee with several suggestions on measures for continuing the efforts to achieve wellness among Aboriginal peoples. They recommended that promotion, prevention and treatment programs, and services designed by Aboriginal peoples, are needed. These should be culturally appropriate and, preferably, culturally based. The training of workers for these programs and services must recognize the various cultures and traditions of Aboriginal peoples.

C. *Cultural Applications in Services*

During its study, the Committee heard about the need for Aboriginal peoples to access services that are "culturally based", "culturally sensitive", "culturally appropriate", "culturally cogent" or "culturally specific". While there are differences among these concepts, which are to some extent explained by the degree of integration or the intensity of utilization of traditional approaches in the overall process of healing, the main point for witnesses seemed to be that their cultural experience and traditions

Many witnesses stressed that regaining Aboriginal traditions and identity does not mean refusing or denying progress. For example, it was reported that: "(...) regarding Native identity does not mean the people concerned want to return to old technologies. Conversely, adopting new ones does not constitute a signal to forgo the traditional practices and institutions which have served them."²³

The Native Physicians Association of Canada also expressed some concerns. During the hearings, they indicated that it is difficult to define what traditional medicine is and who the practitioners are. They mentioned that there are no common standards for traditional medicine. While they are cautious about identifying who is an authentic practitioner and who is not, they stressed, however, that they would welcome authentic traditional healers.^(20:46) For them and for others, practices, whether traditional or western, must be based on appropriate evaluations about whether they produce the desired health results.

One question that arises in considering holistic wellness is whether traditional and western healing can be integrated in order to provide solutions for the many concerns facing Aboriginal communities. Witnesses cautioned that the problems, as well as the strengths, of the two approaches must be considered. Madeleine Dion-Stout stated that although cultural approaches and spirituality are important, "we can't over-sentimentalize this whole movement back to traditions. To be ethically responsible, we have to be critiquing the movement all the way along."^(21:35) Likewise, western approaches to treatment need to be subject to critical "evidence-based" assessments.

Other individuals pursue training in the field of family violence, substance abuse and suicide as counsellors or community health representatives. Aboriginal institutes such as the Nechi in Alberta or Sal't'shan in British Columbia or special courses established at existing educational institutions, such as the Saskatchewan Institute of Applied Sciences and Technologies, can offer training specifically geared to the needs of communities.

Thus, healing approaches to wellness can take many forms. In addition to treatment and after-care for particular problems, promotion of holistic wellness and prevention of the particular problems associated with negative mental health require both general and specific interventions. Western approaches utilize a combination of interventions, including education, medication, and supervised therapy for substance abuse, family violence and suicide. Traditional Aboriginal approaches may use herbs and specially prepared plant and animal preparations. Traditional healing can also involve control of diet, fasting, meditation, spiritual counselling, power of suggestion, dream interpretations. Furthermore, traditional healing methods can include: individual consultations and treatment; group ceremonies, such as sweat lodges, healing circles, powwows, drumming circles, sun dances; community workshops, and the promotion and teaching of traditional ways of living.

The significant role of Aboriginal elders in promoting wellness, preventing mental health problems and assisting in treatment was stressed by numerous witnesses. In many communities, elders provide models for good health, preventative health practices and socially responsible behaviour. Madeleine Dion-Stout of the Centre for Aboriginal Education, Research and Culture (Carleton University) described Aboriginal elders as the following:

For indigenous people, authentic elders are living models of transcendence, that is, they are the epitome of human experience in an awakened state of mind. (. . .) Authentic elders today are not necessarily chronologically old. Rather, they are individuals who are perceived to have many gifts with which they can perform multiple roles. The leadership that is only one of many that elders wear. They are also looked to as oral historians, teachers, cultural workers, ecologists, environmentalists and healers.²²

In addition, the importance of traditional Aboriginal healers was emphasized by members of all groups. Whether called healer, medicine person, or shaman, in many Indian, Métis or Inuit communities, they played a significant and respected role. Lea Bill, a traditional healer from Alberta, shared her knowledge of the various levels of healers: "There's a spiritual healer; then what we would call a therapeutic healer, where you have counselling, advising. . . ; then there's also the biomedical healer, which includes the herbalist and people who treat the body and who manipulate the body to bring balance. . . ; and also the teacher." (22:6) Clare Brant, a psychiatrist with the Native Mental Health Association of Canada, told the Committee that it was more expedient to go to medical school for four years than to take the thirty-year apprenticeship required to train as a medicine man. (21:11)

Efforts to achieve holistic wellness in Aboriginal communities utilize various people with diverse training. Besides traditional methods, wellness can be addressed by individuals with university or college training, such as general practitioners,

think will work in the community and they succeed, they can say we did a great job, and the self-esteem starts to rise. If it doesn't work, they can look at why. . . (28:82)

Many witnesses argued that the most effective programs are those developed and delivered at the community level by the community and that they need to be evaluated in partnership with Aboriginal peoples. Maggie Hodgson of the Nechi Institute (Alberta) pointed out that the recent nature of many programs means that a qualitative, rather than quantitative, evaluation is important. She further suggested that CBC and Health Canada should form a partnership and establish a program to train Aboriginal evaluators. In her view, it would be unfortunate if "the community wasn't equipped to effectively evaluate themselves and evaluate their programs. There were major mistakes made within the NNADAP program that was initially designed. One of the major mistakes was a lack of evaluation at the community level." (20:9)

This idea that the success or failure of particular programs and services, that is, their effectiveness, should be assessed by community members was raised frequently. Most witnesses felt that communities could develop this ability to evaluate through education and training, two elements seen as necessary prerequisites of individual and community empowerment. Doris Calliou from the Alberta Aboriginal Women's Society suggested that women, because of their particular roles, should be trained "to evaluate and develop programs in their communities so that they could have something cost-efficient and, at the same time, empowering, to meet the needs of those communities." (28:74)

Witnesses pointed to the need for flexible funding criteria in government programs to ensure that requirements, as assessed by the community, are acknowledged. For example, Chris Corrigan of the B.C. Association of Indian Friendship Centres raised concerns over the federal government's refusal to accept and finance family reconstruction therapists already requested by and working successfully in communities. He questioned the exclusion of individuals utilizing traditional approaches because they were not on the department's approved list of accredited therapists. (28:17)

B. Approaches to Wellness

The Committee heard that both traditional and western approaches are necessary for the movement toward wellness. Deborah Jackson, Mental Health Director at Saddle Lake First Nation (Alberta), emphasized that "people are seeking different avenues for healing: the traditional way, the contemporary way, therapy, religious support groups. . ." (28:92) She told the Committee that "band members are involved in individual therapy. . . and group therapy and family therapy. A lot of our people are seeking traditional help. There are many sweat lodges in our community." (28:89)

CHAPTER THREE: TOWARD HOLISTIC WELLNESS

A. The Role of Communities

The Committee heard repeatedly during its hearings and visits to Aboriginal communities, that approaches, programs and services to address Aboriginal wellness must be community-based. According to witnesses, they must be relevant to community needs, and designed and — if possible — implemented by community members.

Richard Saunders, from the Alberta First Nations Health Care Commission, stated that, although the federal government has a role, its direct involvement in defining problems and designing solutions is not appropriate. He indicated, with reference to Indian and Northern Affairs Canada and Health Canada that "outsiders, very well-intentioned, frequently properly qualified, have attempted to enter a community, define its problems, develop its solutions, and then wonder why these solutions are not effective." (28:58) He also stressed that only the community itself can effectively define what health problems it has:

It is not for officials in Ottawa or, with great respect, political leaders or indeed agencies such as my own. The problem varies enormously from one community to another. The situations in a Maliseet community in the Maritimes or a Haida community on the Queen Charlottes are totally different. To regard them as the same is similar to approaching Europe and saying they're all white people and they must have the same problems; the problems of Romania must be the same as the problems of Ireland. Well, they're not. It is only the communities themselves that can define what the problem is exactly, no matter how we may see it. (28:58)

Similarly, once a community has defined its problems, then it must decide on the appropriate solutions. And again, what may be appropriate for one community may not be relevant for another. This was also stressed by Chris Corrigan, Senior Policy Analyst with the B.C. Association of Indian Friendship Centres, when he indicated that solutions must be ones that are "community-based and community-mandated, that really have their roots in the needs of the community they are serving." (28:17) Nancy Peel of the Northwest Territories Métis Association emphasized that government-driven programs and services enforce dependency. She argued that, for communities to build self-esteem, they need to have authority, power and control over decisions. She suggested that, in the current arrangement, if a program fails, communities can blame it on the government:

They don't take the responsibility for whether a program succeeds or fails in the community. They're saying the government brought in the program. It doesn't work. It's their fault. If they come forward with programs that they

The Committee heard that Aboriginal peoples living in or near urban centres are often at a greater risk for particular problems of culture stress. This view was advanced by witnesses from organizations serving the needs of individuals and families in large Canadian cities. Some pointed out that cultural isolation, combined with a lack of social support and services often due to reluctance to recognize the legitimacy of urban Aboriginal communities, leaves people to experience the most serious socio-economic problems, including poverty, despair, alcoholism, violence, child abuse, and sexual abuse. Others suggested that the transition from Aboriginal home communities to larger urban centres may be accompanied by social upheaval. Families may no longer function as the basic unit of community life and there is a dependence on systems of health care, welfare, and justice based on non-Aboriginal principles. The effect of living within a dominant culture results in the displacement of the customs and traditions that maintain stability in, and the feeling of belonging to, Aboriginal cultures. Aboriginal peoples from all parts of Canada stressed that their history, both the positive and the negative, is an essential determinant of their health. Bobbi Smith, Director of the Dene Nets'edet'an, Yukon Indian Women's Association, told the Committee of the realization for her community that "our history held the key to identifying what we needed today to ensure that we have a better way of life". She said that in order for wellness to be restored: "We needed to reclaim our identity. We needed to know who we once were. We needed to know what destroyed us. We needed to know what we look like today before we could go forward." (28:42)

were no longer permitted.(22:28)

"Physical" refers to the fact that many Aboriginal peoples live in and deal regularly with conditions that adversely impact on their overall health, including dietary insufficiency, overcrowded and inadequate housing, physical and sexual violence, and substance abuse. This category also includes the lack of access to health services, particularly those services that are delivered in a culturally appropriate way in the communities in which they live.

"Economic" refers to factors that include evidence of high rates of poverty, low levels of educational achievement, and limited employment opportunities, which affect a disproportionately high number of Aboriginal peoples. It is in conditions such as these that people develop feelings of helplessness and hopelessness that negatively impact on wellness.

"Political" covers the way in which current federal policy may exclude some Aboriginal peoples from health services and programming, thereby limiting the development of healthy communities. For Métis and non-status Indians, exclusion from the benefits available to other Aboriginal peoples leaves them falling between the cracks.

Aboriginal peoples in two particular categories — those who attended residential schools and those living in large urban centres — were identified as facing specific problems.

The Committee heard that the residential school system must bear a large portion of the responsibility for the problems of current generations of First Nations. Art Blue, a psychologist with the Native Physicians Association of Canada, talked about how residential schools removed the nurturing skills from several generations of future parents. He noted that the residential schools, designed to change the culture and way of life, took young children and replaced their parents with workers who were often societal misfits and recluses and who often exhibited brutal and uncaring behaviour. These significant adults in the young child's life become their model and drastically altered "the continuity of culture where the way of life is passed from one generation to another." (20:43-44) A similar analysis was offered by countless witnesses who were themselves survivors of residential schools or who were community workers trying to help survivors and their families. Andrea Cook of Akwesasne First Nation Health and Social Services noted that these survivors "have no self-esteem because they don't know who they are. They lack parenting skills. They have been taught that they aren't good, so their children learn the same things." (21:15)

Elders are respected and have an important role in family and community life
People are more self-sufficient
Fewer alcohol-related crimes are committed
Young people do not commit suicide
Fewer people are in jail.¹⁹

D. Conditions Working Against Wellness

Witnesses stressed that many daily occurrences in the lives of Aboriginal peoples break into their circle of wellness and upset its balance. Given the view of the extended family and the importance of collective responsibility, breaks in one individual's circle can have a ripple effect that the entire family, and even the wider community, experiences. Aboriginal peoples face many conditions that work against their efforts to create healthy individuals, families and communities.

Madeline Dion-Stout called these conditions "*Keetemaahsoween*," a Cree word meaning deprivations or poverties which are not just material. Poor mental health among Aboriginal peoples, she stated, is the result of "any basic unmet human need, alienations of all kinds, oppressions of all kinds, alienation from job opportunities, from education opportunities (. . .), and with basic unmet human needs, pathologies arise, and that's where I think some of our mental health problems arise." (21:33)

In evidence presented to the Committee, the risk factors that place the health of Aboriginal peoples in jeopardy were categorized in a variety of ways. For the National Association of Friendship Centres, the risk factors were identified as spiritual, physical, economic and political.²⁰ An explanation of these provides a foundation for understanding the multiple dimensions adversely affecting the wellness of Aboriginal peoples.

According to the Association, "spiritual" encompasses a loss of cultural knowledge and teachings in which a lack of contact with spiritual leaders has forced a separation, or alienation from, traditional spiritual values. This was collaborated by many witnesses who talked about the understanding historically acquired by Aboriginal peoples through language, songs and dances and how, in many instances, these traditions were suppressed by the laws and customs of the dominant, non-Aboriginal culture. For the Métis, the hanging death of Louis Riel ordered by the federal government was a dramatic example of suppression. (28:66) For the Inuit, the suppression was more through ignorance or denial by the government, the church and the school system, that

19 Government of the Northwest Territories, *Working Together for Community Wellness: A Directions Document*, Draft for Participants, January 1995, p. 34.
20 National Association of Friendship Centres, Brief, 15 December, 1994.

society is \$7." (14:27)

In Dr. Mustard's view, children, the most vulnerable group of the population, are the ones who respond particularly well to early interventions. He cited evidence from Canada, Jamaica, and the United States to illustrate that both "nurturing and nourishment" are essential ingredients for ensuring healthy outcomes. In the Ypsilanti, Michigan, intervention, investing in high-risk children before the age of six resulted in higher education and employment and lower crime, drug use and teenage pregnancy rates. He calculated that "for every dollar invested in that program, (. . .) the return to children's needs are fully addressed, stating that "children are raised by villages, not by parents." (14:30) This view was reiterated frequently during the Committee's study by Indian, Métis and Inuit witnesses who emphasized the importance of the extended family consisting of aunts, uncles, cousins, grandparents, parents and even close friends. For them, the extended family, not the individual or the nuclear family, is the primary resource for raising children and for the solving of problems in everyday life.

Madeleine Dion-Stout elaborated on how the cultural foundation of all Aboriginal peoples emphasizes the importance of assuming responsibility for the well-being of others. In her view, they share a similar multi-generational and trans-directional conception of the individual. First, they consider themselves in relation to "those who are, those who have been and those who are yet to be." Second, they see themselves as being responsible to the immediate family, next of kin, the community and the rest of the world.¹⁸

The need to focus on the broader community when determining health was emphasized when the Government of the Northwest Territories developed its Community Wellness Strategy. Vera Morin, a member of the Métis Nation who worked on the government strategy, explained to the Committee how the communities, including Métis, Inuit and First Nations, had worked together to develop a more holistic and culturally relevant approach. In the document developed out of the territorial consultation, various measures of the health of a community are listed:

In a healthy community:
 Traditional values and culture are practised
 Fewer children need to be taken into care
 People have access to healing and treatment that works
 Community leaders are healthy and respected
 Family violence decreases
 People are healthy and sober
 More babies are born healthy
 More children do well in school

Empowerment was a theme raised by several witnesses. Grace Morin, a Family Support Worker from the Hobbema Reserve (Alberta), suggested that the creation of personal knowledge makes wellness empowerment possible: "The key lies in empowering people with effective thoughts, feelings and behaviours, empowering people so much so that they learn to act in meaningful and effective ways." (26:6)

Doris Calliou, President of the Alberta Aboriginal Women's Society (AAWS), stressed that "the empowerment of women, knowing how within their own communities they can help develop programs dealing with the issues, will in the long run help the whole of native communities." (28:71) For her, the empowerment of women means moving them beyond their roles as care-givers and service providers, "in the back, helping and pushing and being able to be there for the men's organizations and within the communities," toward visible and vocal participation in decision-making bodies. (28:71)

C. Determinants of Wellness

The Committee heard repeatedly that the health of an individual is determined by many factors. Age, gender, and relation to family and community were mentioned along with geography and ethnicity. Most witnesses argued that these variables must be considered within the wider cultural, social, economic and political environment. According to Judith Bartlett of the Native Physicians Association of Canada, "all of these are really determinants of health." (22:8-9)

This thinking echoes recent work by a federal, provincial and territorial advisory group. This group advocated that all governments should focus on five interrelated categories of health determinants as the basis for strategies to improve population health. These include the social and economic environment, the physical environment, personal health practices, individual capacity and coping skills, and access to appropriate health services.¹⁷

Fraser Mustard of the Canadian Institute for Advanced Research also spoke to the Committee about the terms "population health" and "determinative health". He argued that, as a society begins to look at health from the perspective of population, as opposed to disease, the problems and their related solutions appear different. He emphasized that there are strong links between the way "societies create their wealth, distribute their wealth, the quality of their social environments and its effect on an individual's health and well-being." (14:11) In particular, he used data from numerous international and national studies to point out that socio-economic status, as measured by such variables as income and education, are the most important determinants of health for any population.

¹⁷ Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Health Canada, Ottawa, 1994.

Evidence from both Métis and Inuit witnesses indicated that other groups share a similar definition of health and wellness. A document on Métis health tabled with the Committee noted:

(. . .) health issues are interrelated. Health is experienced by the whole body, as well as the mind and the spirit. Individuals are healthy in relation to their family and communities. We do not live in isolation and we are affected by all parts of our environment.¹⁴

During her appearance before the Committee, Roda Grey, Health Coordinator of Pauktuutit, the Inuit Women's Association, also emphasized the interconnected nature of the health problems facing communities. She stated:

one cannot identify one single issue to be addressed in isolation from the many complex factors that contribute to the lack of self-esteem and mental health of Inuit.¹⁶(16:26)

B. Empowerment

This holistic view of health is based on traditional cultural foundations but is consistent with contemporary western health concepts. Thus, the World Health Organization defines health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease." More recently, health has come to be seen as a positive concept in which the emphasis is on social and personal resources as well as physical capacity. It is viewed as "the extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realize aspirations and satisfy needs, and on the other hand, to change or cope with the environment."¹⁵

This emphasis on empowerment and ensuring that individuals have the social and personal resources to enable them to move to wellness was also stressed by the Tripartite Working Group on Aboriginal Health:

For health empowerment to occur, individuals must possess the knowledge and ability to make and to influence choices and decisions that are conducive to attainment and maintenance of optimal health, and to understand the personal responsibilities for health. Health empowerment is an essential prerequisite to personal well-being.¹⁶

¹⁴ Dianne Kinnon, *Health is the Whole Person — A Background Paper on Health and the Métis People*, Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples, September 1993, p. 1.

¹⁵ Health Canada, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Supply and Services, Ottawa, 1986.

¹⁶ Federal, Provincial, Territorial, National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health, *Report to the Ministers of Health and National Aboriginal Organizations*, Ottawa: September, 1993, p. 16.

A. Defining Wellness

Repeatedly, witnesses told the Committee that the term "mental health" was inadequate or inappropriate to address the multiple problems experienced by Aboriginal peoples. In Kuujuaq, a member of the community explained that, in the language of the Inuit, the words "mental health" have no precise meaning but have been translated into Inuktitut by a combination of words meaning "peace of mind." Deborah Jackson from the Saddle Lake First Nation Health Unit (Alberta) stated that, in relation to mental health, "the definition that it is just the mind is not enough. It separates things." (28:87) Sharon Rudderham from the Union of Nova Scotia Indians pointed out that the term "mental health" is often stigmatized and associated with "being crazy". (29:18)

As many witnesses emphasized, mental health cannot be separated from the other components of an individual's life, such as the other factors that create balance and harmony and that determine their overall health and well-being. Aboriginal peoples generally define health or wellness in a holistic way, as a circle within which there is balance and harmony of inner and external forces. The inner forces most often refer to the spiritual, physical, mental and emotional aspects of the individual, while the external forces combine the social, cultural, economical and political environments of a person. The individual is considered through his or her entire life span as child, youth, adult, elder, and within his or her entire world of family, community and society. Harmony and balance are emphasized first within the individual, and second, between individuals and their environments.

Theresa Meuse, a Community Health Coordinator from the Bear River First Nation (Nova Scotia), identified the four components of Aboriginal wellness as mental, physical, spiritual and environmental:

The "mental" component includes positive thinking, good judgment, exploring creativity, maintaining self-respect and understanding one's emotion. The "physical" component includes respecting our bodies, acceptance of illness, practising routine exercise, maintaining stress level and choosing healthy foods. The "spiritual" component includes the learning and practise of having faith and believing in a higher power (. . .) and being respectful and thankful to the higher power for all things. The "environmental" component includes respect for all land, water, human/animal life and air.¹³

13 Theresa Meuse, Brief to the Committee, 23 March 1995, p. 1.

health workers, we feel it should be the most important, especially the holistic health of our children. We must always remember that our leaders of the future are our children of today.(29:20)

Aboriginal youth in urban centres were viewed as having particular problems, created by living in a world that is very different from the one experienced by their parents and grandparents. As a result, a generational and cultural gap has emerged. Aboriginal youth are vulnerable to dropping out of school; coming in conflict with their families, communities and the justice system; the use and abuse of chemical substances; and suicide. Teenagers are developing their own coping mechanisms for dealing with their environment. For many, alcohol, drugs, violence, abuse and suicide have become inadequate coping mechanisms, which were adopted to deal with the stresses of loss, change, seeming inadequacy, and not belonging. All witnesses stressed that issues surrounding youth, particularly those of mental health, substance abuse, and the increasing rate of completed or attempted suicide, are of critical importance.

E. And What About the Young?

In the Aboriginal Peoples Survey, Statistics Canada found that, compared to the 21% of Canada's total population who were under 15 years of age, the population who identified with their Aboriginal origins had a much higher percentage of people in this age group. The population who identified as Inuit were younger than the other two Aboriginal groups: almost 43% of those who identified as Inuit were under 15 years of age, compared to 37% and 38% of those identified as North American Indian or Métis respectively.¹¹ In a document tabled with the Committee, Kenn Richard from the NCFST stated with respect to Aboriginal youth that:

Despite a UN opinion that Canada is the best place in the world regarding quality-of-life measures, the reality of the Native child is bleak. A Native child is likely to be born poor and to stay poor. She is, of all Canadians, most likely to die in infancy, to have foetal alcohol syndrome, to be sexually abused, to die in an accident, to drop out of school, and to commit suicide in adolescence. Almost every morbid statistic associated with a lack of child health and well-being shows a gross and disproportionate representation of Native children. (. . .) a Native child has a better chance of going to jail than in graduating from a university. (. . .) Overall, . . . Native Canadian children can be ranked with children of the third world in both their quality of life and their life chances.¹²

Witnesses representing Indian, Métis and Inuit peoples in all parts of Canada told the Committee of the urgent need for programs for children and youth. The National Association of Friendship Centres justifiably argued that the high percentage of Aboriginal peoples in the under-15 age group and the seriousness of the situations in which Aboriginal children live will have implications for the future of the Aboriginal population as well as for current and future Aboriginal programs.

While some communities have schools devoting tremendous energies to programs for school-age children, services and facilities for preschool children and youth are often completely missing. Healthy children and youth are essential to achieving both present and future well-being in Aboriginal communities across Canada. Sharon Rudderham of the Union of Nova Scotia Indians (UNSI) pointed out that the well-being of Aboriginal children and youth is essential to ensure strong community leadership in the years to come:

I realize that chiefs and councils are also overwhelmed by their concerns with politics, land claims, housing, the management of band finances, etc. Often, health and overall community wellness is the lowest area of concern, but, as

11 Statistics Canada, *Age and Sex—Aboriginal Data, 1991*, Catalogue No. 94-327, Ottawa, 1993, p. iv.
12 Kenn Richard, *Aboriginal Child Welfare in Urban Context: The Toronto Experience*, September 1994, p. 1.

25% of off-reserve Indians, 22% of Métis and 24% of Inuit, or an average of some 29% of all Aboriginal adult populations, reported that they received social assistance during 1991.⁷

In 1991, some 8.3% of Aboriginal peoples aged 15 years and over reported food shortages. This percentage was higher for Inuit people (12.7%). In total, 7.7% of all Indians living on reserve, and 8.5% of Indians living off reserve, reported food availability as a problem. Métis people reported that this was a problem in 7.5% of the cases.⁸ Although the extent of poverty is not accurately known, the Committee heard repeatedly that it is a major problem for all groups of Aboriginal peoples.

Witnesses also often told the Committee that housing was inadequate. The proportion of Indian dwellings on reserve without central heating is more than six times greater than the Canadian rate and about four times higher than the rate for Indian dwellings off reserve. In addition, the incidence of crowded dwellings among Indian families is higher than the Canadian figure. Approximately 6 times more Indian dwellings off reserve and 15 times more Indian dwellings on reserve are overcrowded.⁹

With respect to education, one witness indicated that 283 out of 633 First Nations communities across Canada do not have schools of any kind. (15:32) Further, the Committee heard that Aboriginal peoples are less likely than other Canadians to have a higher level of education. In 1991, 17% of Aboriginal peoples (16% of Indians, 12% of Métis and 38% of Inuit) aged between 15 and 49 had fewer than 9 years of schooling. Some 50% had completed high school. Only one-third had some post-secondary education (33% of Indians, 34% of Métis and 26% of Inuit), compared to 43% for non-Aboriginal Canadians.¹⁰

Ovide Mercredi, National Chief of the Assembly of First Nations, enumerated the following priorities in order to properly address the socio-economic living conditions and wellness of Aboriginal peoples:

One is the elimination of poverty and the need to create economic opportunities in our communities. The second one is that there have to be improved resources available for educational needs in our communities, including schools. . . We need better housing. . . We have to have clean and safe water. (15:25)

Aboriginal witnesses of all groups — status and non-status Indians, Inuit and Métis — shared Ovide Mercredi's view that economic development is a crucial factor in moving communities toward wellness.

⁷ *Ibid.*

⁸ Canadian Institute of Child Health, *The Health of Canada's Children: A CCH Profile*, Chapter 7, Ottawa, 1994, p. 136.

⁹ *Ibid.*, p. 137.

¹⁰ *Ibid.*, p. 137.

Over half of Canada's Aboriginal population live in communities that are not Indian reserves or settlements. In Nova Scotia, for example, the Committee heard that 16,230 out of the 21,885 Aboriginal people reside off reserve in hamlets, villages or cities throughout the province.⁴ Further, the Committee was told that about one-third of Aboriginal peoples live in eleven of the larger metropolitan areas. For example, Kenn Richard, Executive Director of the Native Child and Family Services Toronto (NCFST), told the Committee that this city alone accounts for 20% of all First Nations peoples in Ontario. More precisely, there are 40,000 Aboriginal peoples, of which 11,000 are children under the age of 14. The population concentrated in Toronto is diverse and includes Haida, MicMac, Cree and other Aboriginal peoples primarily from northern Ontario, Manitoba and Saskatchewan. (25:4-5) In greater Vancouver, the urban Native and Métis population served by the Aboriginal Friendship Centre is estimated to be 60,000. (28:13) The Canadian Institute on Child Health pointed out that the proportion of Aboriginal peoples living in selected large urban centres grew, at a minimum, by 50% between 1986 and 1991.⁵

D. What are their Socio-Economic Conditions?

There are great socio-economic disparities between Aboriginal peoples and other Canadians. For example, Aboriginal peoples are less likely to be in the labour force. The Aboriginal Peoples Survey indicated that, in 1991, 68% of Canadians were working compared to 57% of Aboriginal peoples. As a result, Aboriginal peoples experience unemployment more often than other Canadians: while slightly over 10% of Canadians were unemployed in 1991, the unemployment rate for Aboriginal peoples was almost 25%. Unemployment also varies greatly among the three groups of Aboriginal peoples: in 1991, the rate reached 31% for Indians on reserve, 23% for Indians off reserve, 22% for Métis and 25% for Inuit. Overall, the vast majority of Aboriginal peoples who were seeking employment in 1991 reported that they could not find a job because there were few jobs or no jobs in the area where they live or because their education and work experience did not match the available jobs.⁶

In addition, 13% of Aboriginal peoples aged 15 and over reported no employment income during 1991, compared to 9% in the total Canadian population. Some 64% of adults in the Aboriginal population had an employment-related income below \$20,000, compared with 48% for other Canadian adults. Further, 42% of on-reserve Indians,

4 Chief Dwight Dorey, Native Council of Nova Scotia, *Minutes of Proceedings and Evidence of the House of Commons Standing Committee on Health* (hereafter *Proceedings*), Issue No. 29, 23 March 1995, pp. 5-6 (hereafter referred to by issue number and page number only within the text).

5 Canadian Institute of Child Health, *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*, Chapter 7, Ottawa, 1994, p. 134.

6 Statistics Canada, 1991 *Aboriginal Peoples Survey — Schooling, Work and Related Activities, Income, Expenses and Mobility*, Catalogue 89-534, Ottawa, 1993.

B. How Many Live in Canada?

In the general 1991 Census, the Aboriginal population was estimated at 955,000, or approximately 3.5% of the total Canadian population.¹ There were 760,000 Indian peoples, which is almost 80% of the Aboriginal population, of which 500,000 were status (or registered) Indians. The number of Métis peoples was estimated at about 160,000 (or more than 15% of the Aboriginal population), while the Inuit population was very small, totalling some 35,000 (less than 5% of total Aboriginal peoples).²

The Aboriginal Peoples Survey conducted by Statistics Canada as a follow-up to the 1991 Census estimated the total Aboriginal population at 1,002,675 people. When it asked about identification with an Aboriginal group, it found that 70% identified as Indians, 22% identified as Métis, and 5% as Inuit. Some identified with more than one Aboriginal group.³

Witnesses noted that there were discrepancies in data relating to Aboriginal peoples. This related both to data available through the Census and data provided by Aboriginal organizations. On the Census, for example, some individuals identify with more than one Aboriginal group and also with non-Aboriginal ancestry. For witnesses, when providing information on the population of communities, some included only those people currently living in the area while others included those living outside of the particular reserve, settlement or village. The movement of Aboriginal peoples between home communities and urban centres for educational, medical, employment and other reasons creates major problems when planning and implementing programs and services.

C. Where Do they Live?

Aboriginal peoples live throughout Canada, in the north, south, east and west. They live in large urban centres and in remote rural areas. Indians are more concentrated in the western provinces (60%) and in Ontario (23%) than in other parts of the country. Of those designated as status Indians, over 60% live on reserves. The majority of reserves are located in rural areas, and many of them are isolated. Most Inuit live in the Northwest Territories; a small number reside in northern Quebec and Labrador. Many of these communities are remote and can be accessed only by air. The Métis population is mainly concentrated in Manitoba, Saskatchewan and Alberta. In Alberta, about 10% of Métis live on Métis settlement lands. Large numbers also reside in both the Northwest Territories and the Yukon with smaller groups in northeastern British Columbia and northern Ontario.

1 Statistics Canada, 1991 Census — *Ethnic Origins*, Catalogue 93-315, Ottawa, 1993.
2 Health and Welfare Canada, *Aboriginal Health in Canada*, Ottawa, 1992, pp. 7-10.
3 Statistics Canada, *Age and Sex — Aboriginal Data*, 1991, Catalogue 94-327, Ottawa, 1993.

CHAPTER ONE: THE ABORIGINAL PEOPLES

A. Who Are They?

The Aboriginal peoples (or Indigenous peoples) are the descendants of the original inhabitants of Canada. The *Constitution Act, 1982* recognizes three different groups of Aboriginal peoples: Indians, Inuit and Métis. They have distinct cultural, linguistic, geographic and legal identities.

The Indian population includes both status and non-status Indians. Status Indians are those who are registered under the *Indian Act*, a federal statute that entitles them to certain benefits such as health care, education and housing. Non-status Indians are not registered under the Act. They are often descendants of Indians who never registered or who lost their status through military service or marriage to a non-Indian. They are not covered under the *Indian Act* and access services available under the same terms as the general population. The Inuit, formerly known as Eskimos, are a small population of Aboriginal peoples residing largely in the northern regions of Canada. The Inuit are not covered by the *Indian Act*, but following a decision by the Supreme Court of Canada in 1939, some receive certain benefits from the federal government. The Métis population includes those of mixed Indian and white (mainly French and Scottish) ancestry. Although Métis families and communities were identifiable in Atlantic Canada in the 1600s, as a distinct cultural and political group, they are most commonly associated with populations in western Canada. The Métis are not covered by the *Indian Act* and do not receive Métis-specific benefits from the federal government. Like non-status Indians, they access general provincial or territorial services and federal programs for the general population.

Such a representation of the Aboriginal peoples under the constitutionally recognized groups does not reflect the uniqueness of each subgroup. Aboriginal communities within these three major groups have particular histories, languages, cultural practices and beliefs. For example, with respect to languages, the Indian population accounts for 11 major linguistic families, within which there are individual, related languages, for a total of more than 50 Indian languages. The Inuit population, though sharing the same language, Inuktitut, from the Northwest Territories to northern Quebec and Labrador, have different dialects from one region to another. The Métis who developed their own distinct language, known as Michif, from a mixture of French, English, Cree and Ojibway, also have traditions reflecting these diverse cultures.

New Brunswick, Ontario, Alberta and British Columbia. They met with individuals in health centres, nursing stations, schools, and community centres. They went to transition houses for families escaping violence and to substance abuse treatment centres.

During their visits to Aboriginal communities, the members of the Committee saw many different things. On the one hand, they saw facilities for health, education, and social activities that were similar to or better than those in comparable non-Aboriginal communities. They witnessed the fact that, when similar resources were allocated to different communities, there were variations in how they were allocated. In some cases, the communities made the choices about the distribution of funds and personnel; in other cases, an external funding source made the decision.

However, the Committee also saw communities with either very basic or no resources. It observed firsthand the extremely difficult situations for many families and the children therein. Poorly maintained housing, which had inadequate water, sewage and electrical services occupied by several generations were visible reminders that adults and children live in impoverished circumstances. In some instances, members saw a Canada that was unfamiliar to them. They saw men, women and children facing daily deprivation and shameful living conditions. They heard from individuals who appeared to despair of moving toward a life of independence. For all members of the Committee, this situation is unacceptable.

In the communities, the Committee members talked with individuals who had a strong sense of their needs and of ways to fulfil them. They saw visible signs of community development and movement toward healing and self-care. These communities talked about and worked toward self-sufficiency and self-determination for their children and adults. Members also heard about summer camps, rediscovery homes, recreation programs and cultural practices such as sweat lodges and healing circles that were established to assist the communities in moving toward wellness.

The Committee recognized that individuals, families and communities have suffered from spiritual, cultural, political and economic losses. It also acknowledged that communities are in transition and at different stages of development. It heard that the recovery of wellness will be over the long term and multi faceted. It listened as committed individuals told of concerted efforts to restore health and witnessed firsthand the work of communities to rebuild their pride and strength. The Committee encourages the communities as they take steps toward greater wellness.

B. What Process Did The Committee Follow?

In proceeding to explore the ways that Aboriginal peoples could achieve and maintain wellness, the Committee received evidence from witnesses knowledgeable about and involved in community-based initiatives. Aboriginal peoples from all parts of the country discussed their approaches for building and maintaining self-esteem in Aboriginal communities through public hearings, community visits and the submission of written briefs.

At public hearings in Ottawa, individuals representing Indian, Métis and Inuit communities, whether on reserves, off reserves, in Métis settlements, in Inuit communities, in small rural centres or large urban centres, told the Committee of their multi-pronged efforts to change the overall health status of their peoples. To gain more insight into specific areas deemed important to the study of mental health or wellness, the Committee heard from panels of individuals who focused on issues such as traditional and modern healing approaches, substance abuse, violence against women and children, and youth and suicide.

Besides the public hearings in Ottawa, the Committee also divided into two parts to travel to eastern and western regions. Over one week, it heard from witnesses in Halifax, Moncton, Winnipeg, Edmonton and Vancouver. Here, the plight of urban Aboriginal peoples was a frequent theme.

During the study, witnesses appearing before the Committee talked about the multiple factors that are determinants of health in any population. With respect to Aboriginal peoples, they enumerated the essential ingredients for individual, family and community wellness. All of the factors included in the framework for population health adopted by the federal, provincial and territorial ministers of health in September 1994 were identified. Population health, for Aboriginal peoples as for other Canadians, requires: prosperity; support from families and communities; educational opportunities; control over work conditions; safe physical environments; supportive social environments; positive childhood experiences; and access to appropriate health services.

Despite work by Aboriginal peoples to create healthy individuals, families and communities, there are pervasive conditions that negatively impact on their health. Committee members heard about the problems associated with maintaining their cultural identity while surrounded by a more dominant culture. They also heard that geographical location is a determining factor for Aboriginal health as for other Canadians. Witnesses argued that the lack of socio-economic opportunities continues the circle of dependence and exacerbates the hopelessness within many Aboriginal communities.

These regional hearings were combined with visits to other places where Aboriginal peoples live. Committee members went to a Métis settlement in Alberta, Inuit communities in northern Quebec and Labrador, and to Indian reserves in Nova Scotia,

the differences in service delivery, there is a serious disparity in the type and level of knowledge of the particular circumstances facing various groups. While status Indian and Inuit witnesses told the Committee that they had been "studied to death", Métis and non-status Indians who fall outside federal jurisdiction expressed the view that, although their problems were very visible, little had been documented.

In particular, the Committee heard that the adverse conditions facing many Aboriginal peoples on a daily basis were linked to multiple problem behaviours, such as substance abuse, suicide and family violence. Existing statistics on these problems, while judged by many witnesses to be an underestimation of the true magnitude of the problems, revealed a crisis of great proportion in the Aboriginal communities. While direct data about substance abuse is limited, inferences based on rates of incarceration, violent deaths, alcohol- and drug-related diagnoses, and admissions to treatment programs suggest that it is very high. Similarly, the increased reporting of physical and sexual abuse of women and children is a major concern. In addition, the recognition that Aboriginal communities, particularly the younger members, are disproportionately affected by suicide, raises an issue needing immediate attention. Members heard that, for Aboriginal youth aged 10 to 19 years, the suicide rate was estimated to be 5 to 6 times higher than that of their non-Aboriginal peers.

Based on this preliminary consultation, the Committee decided to make mental health the focus of its study. In November 1994, it adopted the following terms of reference:

- a) to consult with Aboriginal peoples (Indian, Inuit and Métis) and others who are knowledgeable about the way Aboriginal peoples have successfully responded to the various mental health problems emanating from their adverse socio-economic conditions;
- b) to review current Aboriginal community-based approaches or initiatives addressing the issue of mental health, focusing particularly on the various solutions applied by Aboriginal peoples (Indian, Inuit and Métis); and
- c) to make appropriate recommendations for future actions.

From the beginning, the Committee members were told that the term "mental health" had a negative connotation and was often associated with psychiatric illness. Further, they were told that Aboriginal peoples adopt a holistic view of health that is close to the concept of wellness. Members agreed that the concept of wellness was central to its intent in undertaking this study and emphasized that the approach would involve a focus on wellness rather than illness, and on solutions rather than problems. In particular, they aimed to find out what is currently working for various Aboriginal communities across the country in their search for wellness. They were especially interested in understanding what created these successes.

INTRODUCTION

A. Why Did The Committee Undertake This Work?

The decision of this Committee to focus its attention on the mental health of Aboriginal peoples involved numerous individuals and multiple considerations. From the beginning, the Committee was conscious that many reports had already been written indicating that Aboriginal peoples experience a higher incidence of death, disease, illness, and injury than the general Canadian population. Members were also aware that a large amount of resources, human and financial, had been allocated in attempts to resolve the situation. In spite of the extensive documentation and a wide range of programs and services, there was insufficient improvement in their overall health status.

In September 1994, the Committee decided to focus its attention on the health of Aboriginal peoples. This decision was based first on the recognition by Committee members of the overall poor health status of Aboriginal peoples, and second, on a request by the Métis Council of Canada for attention to this issue. The Committee's intent in pursuing this work was to hear from all groups of Aboriginal peoples (Indian, Inuit and Métis) about the issues as they perceived them. The members wanted to focus on the assessment by Aboriginal peoples of the problems and their view of ways to resolve them.

Accordingly, before embarking on this study, the Committee consulted publicly in October 1994 with national organizations representing Aboriginal peoples. These included the Assembly of First Nations, Congress of Aboriginal Peoples, Inuit Tapirisat of Canada, Inuit Women's Association (Pauktuutit), Métis National Council, Métis National Council of Women, and the Native Women's Association of Canada. In addition, members of the Committee heard from representatives of Health Canada, Indian and Northern Affairs Canada, and the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

From these witnesses, the Committee heard of the need for a broad approach to health, emphasizing the importance of the physical, mental, emotional and spiritual aspects of the person. It heard that the social and economic disadvantages faced by Aboriginal peoples include poverty, unemployment, a lack of formal education, and overcrowded and physically inadequate housing. All of these factors contribute to poor physical health, low self-esteem, negative emotional responses and reduced spirituality.

It heard how governments have, in relation to the delivery of programs and services, divided Aboriginal peoples into groups : status Indians on and off reserves; non-status Indians; Inuit who are residents of the Yukon and those who are not; and Métis. Besides

4.	Information Dissemination	60
5.	Priority Areas	60

APPENDIX A

	List of Witnesses	61
--	-------------------------	----

APPENDIX B

	Written briefs submitted to the Committee during its study	69
--	--	----

APPENDIX C

	Other documents tabled with the Committee during its study	71
--	--	----

	Request for Government Response	81
--	---------------------------------------	----

	Dissenting Opinion — Reform Party	83
--	---	----

	Minutes of Proceedings	87
--	------------------------------	----

31	B.	Substance Abuse	31
31		Background	31
32	2.	Fetal Alcohol Syndrome	32
33	3.	Current Actions and Proposed Solutions	33
34	4.	Barriers to Community Recovery	34
36	C.	Suicide	36
36		Background	36
38	2.	Current Actions and Proposed Solutions	38
39	3.	Barriers to Community Wellness	39
41	CHAPTER FIVE: GENERAL BARRIERS TO WELLNESS		
41	A.	Economic Development	41
42	B.	Jurisdictional Divisions	42
44	C.	Traditional Healing	44
45	D.	Linkages Among Sectors	45
46	E.	Funding	46
46	1.	Inappropriate Funding Terms	46
47	2.	Rigidity of Funding	47
48	3.	Lack of Realistic Time Frames and Inadequate Consultation	48
48	4.	Lack of Funding	48
49	F.	Training	49
51	G.	Data Collection and Information Sharing	51
53	CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS		
53	A.	The Way Forward	53
54	1.	Self-Reliance and Self-Determination	54
54	2.	Successful Programs	54
55	3.	Information Dissemination	55
56	4.	The Young	56
56	5.	A Plan of Action	56
57	B.	What Does the Committee Recommend?	57
57		A Collaborative Plan of Action	57
58	1.	A Consultative Mechanism	58
58	2.	The Federal Role	58
59	3.	The Community Role	59

Table of Contents

INTRODUCTION	1
A. Why Did The Committee Undertake This Work?	1
B. What Process Did The Committee Follow?	3
CHAPTER ONE: THE ABORIGINAL PEOPLES	5
A. Who Are They?	5
B. How Many Live in Canada?	6
C. Where Do they Live?	6
D. What are their Socio-Economic Conditions?	7
E. And What About the Young?	9
CHAPTER TWO: THE FOUNDATION OF WELLNESS	11
A. Defining Wellness	11
B. Empowerment	12
C. Determinants of Wellness	13
D. Conditions Working Against Wellness	15
CHAPTER THREE: TOWARD HOLISTIC WELLNESS	19
A. The Role of Communities	19
B. Approaches to Wellness	20
C. Cultural Applications in Services	22
D. Specific Approaches for Aboriginal Children and Youth	24
CHAPTER FOUR: PARTICULAR CONCERNS WITHIN ABORIGINAL COMMUNITIES	27
A. Physical and Sexual Abuse	27
1. Background	27
2. Current Actions and Proposed Solutions	27
3. Barriers to Family Wellness	29

The Standing Committee on Health

has the honour to present its

FOURTH REPORT

Pursuant to Standing Order 108(2), the Standing Committee on Health undertook a study entitled *Towards Holistic Wellness: The Aboriginal Peoples*. After hearing evidence and travelling to aboriginal communities, the Committee has agreed to report to the House as follows:

Acknowledgments

This Report could not have been completed without the input of many people.

On behalf of the Members of the Committee, I would like to thank the Clerk of the Committee, Nancy Hall and Giséle Beauchemin, administrative assistant with the Committees Directorate, for their excellent work. The Research Team of Nancy Miller Chenier and Odette Madore did a tremendous job in providing background research and drafting the report.

In addition I would like to thank Bill Farrell, the Clerk who accompanied part of the Committee on the eastern leg of our cross-Canada tour as well as Michel Quevillon and Fiona Bladon who so capably assisted the Clerks with travel logistics and meeting coordination while we were "on the road".

Finally we express our deep appreciation to all of the aboriginal communities and aboriginal health facilities we visited, and to the many organizations and individuals who appeared as witnesses before the Committee.

Members of the Standing Committee on Health



Ovid Jackson
Vice-Chair
Liberal
Bruce—Grey (Ontario)



Margaret Bridgman
Reform
Surrey North (B.C.)



Michel Daviault
Bloc Québécois
Ahuntsic (Quebec)



Bernard Paltay
Liberal
Pierrefonds—Dollard (Quebec)



The Hon. Roger Simmons
Chair
Liberal
Burnin—St. George's (Newfoundland)



Hedy Fry
Liberal
Vancouver Centre (B.C.)



Paul Szabo
Liberal
Mississauga South (Ontario)



Pauline Picard
Vice-Chair
Bloc Québécois
Drummond (Quebec)



Harold Culbert
Liberal
Carleton—Charlotte (New Brunswick)



Grant Hill
Reform
Macleod (Alberta)



Rose-Marie Ur
Liberal
Lambton—Middlessex (Ontario)

Standing Committee on Health

CHAIR: The Hon. Roger Simmons

VICE-CHAIRS: Pauline Picard

Ovid L. Jackson

MEMBERS

Margaret Bridgman

Grant Hill

Harold Culbert

Bernard Patry

Michel Daviault

Paul Szabo

Hedy Fry

Rose-Marie Ur

ASSOCIATE MEMBERS

Madeleine Dalphond-Guiral

Réal Ménard

Pierre de Savoye

John Murphy

Keith Martin

Svend J. Robinson

Audrey McLoughlin

Andy Scott

OTHER MEMBER WHO PARTICIPATED

Claude Bachand, M.P., for Saint-Jean

CLERK OF THE COMMITTEE

Nancy Hall

FROM THE RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF
PARLIAMENT

Odette Madore

Nancy Miller Chenier

Le mardi 6 juin 1995
Le jeudi 15 juin 1995
Le mardi 20 juin 1995

Président: Roger Simmons

Tuesday, June 6, 1995
Thursday, June 15, 1995
Tuesday, June 20, 1995

Chair: Roger Simmons

*Procès-verbaux du Comité
permanent de la*

Santé

*Minutes of Proceedings of the
Standing Committee on*

Health

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2)
du Règlement, considération d'une
étude intitulée « Vers le mieux-être
holistique: les peuples autochtones »

Y COMPRIS:

Le Quatrième rapport à la Chambre

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2),
consideration of a study entitled "Towards
Holistic Wellness: the Aboriginal Peoples"

INCLUDING:

The Fourth Report to the House

AVM-2337

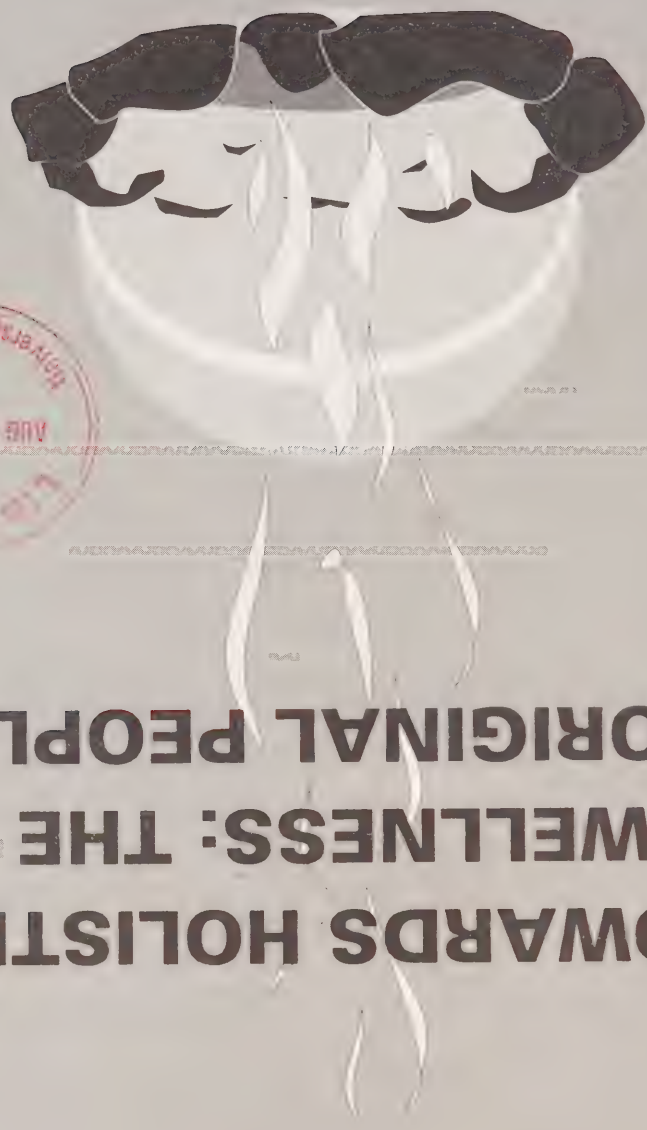
ada K1A 059

Available from Canada Communication Group—Publishing, Public Works and Government Services Canada, Ottawa, C

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these br
in whole or in part, must be obtained from their authors.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools
for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other
or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Comm

July 1995



TOWARDS HOLISTIC WELLNESS: THE ABORIGINAL PEOPLES

Report of the
Standing Committee on Health



Cover photo: Blaine Paul (10 months old) playing the drums, taken during the visit of the Standing Committee on Health to Alkali Lake, British Columbia. Photo by Rose-Marie Ur, M.P.

July 1995

Standing Committee on Health
The Hon. Roger Simmons, P.C., M.P.
Chairman



the Aboriginal Peoples

Towards Holistic Wellness

House of Commons
Canada



Government
Publications

CH
X2 08
-H59
no 31

CAI
XC28
H37

Chambre
Députés

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 32 (Meetings Nos. 62 to 65)

Wednesday, September 20, 1995

Thursday, September 28, 1995

Tuesday, October 17, 1995

Wednesday, October 25, 1995

Chairman: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 32 (Séances n°s 62 à 65)

Le mercredi 20 septembre 1995

Le jeudi 28 septembre 1995

Le mardi 17 octobre 1995

Le mercredi 25 octobre 1995

Président: Roger Simmons

Minutes of Proceedings of the Standing Committee on

Health

Procès-verbaux du Comité permanent de la

Santé

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 106(1) (2), election of Chair

Future Business

Bill C-7, An Act respecting the control of certain drugs, their precursors and other substances and to amend certain other Acts and repeal the Narcotic Control Act in consequence thereof

Consideration of the Report of the Sub-Committee on Bill C-7

INCLUDING:

The Fifth Report to the House

CONCERNANT:

Conformément à l'article 106(1) (2) du Règlement, élection d'un président

Travaux futurs

Projet de loi C-7, Loi portant réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs ainsi que d'autres substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence

Considération du rapport du Sous-comité sur le projet de loi C-7

Y COMPRIS:

Le Cinquième rapport à la Chambre



STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Chairman: Roger Simmons

Vice-Chairmen: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Members

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott—(11)

Associate Members

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond—Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

Nancy Hall

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Président: Roger Simmons

Vice-présidents: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Membres

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott—(11)

Membres associés

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond—Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

La greffière du Comité

Nancy Hall

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada, Ottawa,
Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa,
Canada K1A 0S9

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the Journals of the House of Commons of Monday, September 18, 1995:

Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the 84th Report of the Committee, which was as follows:

The Committee recommends, pursuant to Standing Orders 104 and 114, that the list of members and associate members for Standing Committees of this House be as follows:

Health

Culbert
Davault
Fry

Hayes
Hill (*Macleod*)
Jackson

Members/Membres

Patry
Picard (*Drummond*)
Scott (*Fredericton—
York—Sunbury*)

Simmons
Szabo—(11)

Associate Members/Membres associés

Bridgman
Brown (*Calgary Southeast/
Calgary-Sud-Est*)

Dalphond—Guiral
de Savoye

Martin (*Esquimalt—
Juan de Fuca*)

Ménard

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), seconded by Mr. Boudria (*Glengarry—Prescott—Russell*), moved,—That the 84th Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

The question was put on the motion and it was agreed to.

ATTEST

Extract from the Journals of the House of Commons of Tuesday, September 19, 1995:

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), from the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented the 85th Report of the Committee, which was as follows:

The Committee also recommends, pursuant to Standing Orders 104 and 114, that the following Members be added to the list of Associate Members of Standing Committees:

Health

McLaughlin
O'Brien

Robinson

Skoke

Ur

By unanimous consent, *it was ordered*, —That the 85th Report of the Standing Committee on Procedure and House Affairs, presented earlier today, be concurred in.

ATTEST

ORDRES DE RENVOI

Extrait des Journaux la Chambre des communes du lundi 18 septembre 1995:

M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 84^e rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Votre Comité recommande, conformément au mandat que lui confèrent les articles 104 et 114 du Règlement, que la liste des membres et membres associés des comités permanents de la Chambre figurent ci-après:

Santé

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Boudria (*Glengarry—Prescott—Russell*), propose,—Que le 84^e rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

La motion, mise aux voix, est agréée.

ATTESTÉ

Extrait des Journaux la Chambre des communes du mardi 19 septembre 1995:

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présente le 85^e rapport de ce Comité, dont voici le texte:

Le Comité recommande également, conformément aux articles 104 et 114 du Règlement, que les députés suivants fassent partie de la liste des membres associés des comités permanents:

Santé

Du consentement unanime, *il est ordonné*, —Que le 85^e rapport du Comité permanent de la procédure et des affaires de la Chambre, présenté plus tôt aujourd'hui, soit agréé.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

REPORT TO THE HOUSE

Wednesday, October 25, 1995

The Standing Committee on Health has the honour to present its

FIFTH REPORT

In accordance with its Order of Reference of Tuesday, April 19, 1994, your Committee has considered Bill C-7, An Act respecting the control of certain drugs, their precursors and other substances and to amend certain other Acts and repeal the Narcotic Control Act in consequence thereof, and have agreed to report it with amendments.

Clause 2

Strike out lines 16 and 17, at page 1, and substitute the following therefor:

"as an analyst under section 43;"

Strike out lines 15 to 17, at page 2, and substitute the following therefor:

"ed as an inspector under section 29;"

Strike out lines 23 to 27, at page 2, and substitute the following therefor:

"'"Minister'" means the Minister of National Health and Welfare."

Strike out line 40, at page 2, and substitute the following therefor:
"or real property, other than real property built or significantly modified for the purpose of facilitating the commission of a designated substance offence;"

Strike out lines 1 and 2, at page 3, and substitute the following therefor:

"'"practitioner'" means a person who is registered and entitled under the laws of a province to practise in that province the profession of medicine, dentistry or veterinary medicine, and includes any other person or class or persons prescribed as a practitioner;"

Strike out lines 7 and 8, at page 3, and substitute the following therefor:

"'"produce'" means, in respect of a substance included in any of Schedules I to III, to obtain the substance by any"

Strike out lines 20 to 29, at page 3, and substitute the following therefor:

"wise make available in any manner, whether directly or indirectly and whether or not for consideration;"

Strike out lines 34 to 38, at page 3, and substitute the following therefor:

"'"traffic'" means, in respect of a substance included in any of Schedules I to III,

(a) to sell, administer, give, transfer, transport, send or deliver the substance,

(b) to sell an authorization to obtain the substance, or

(c) to offer to do anything mentioned in paragraph (a) or (b),"

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le mercredi 25 octobre 1995

Le Comité permanent de la santé a l'honneur de présenter son

CINQUIÈME RAPPORT

Conformément à son Ordre de renvoi du mardi 19 avril 1994, votre Comité a étudié le projet de loi C-7, Loi portant réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs ainsi que d'autres substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence, et a convenu d'en faire rapport avec modifications.

Article 2

Retrancher les lignes 12 à 14, à la page 1, et les remplacer par ce qui suit :

« application de l'article 43. »

Retrancher la ligne 22, à la page 1, et la remplacer par ce qui suit :

« signées ou des biens immeubles, sauf si ces derniers ont été construits ou ont subi d'importantes modifications en vue de faciliter la perpétration d'une infraction désignée — qui sert »

Retrancher les lignes 6 à 14, à la page 2, et les remplacer par ce qui suit :

« échange ou non d'une contrepartie. »

Retrancher les lignes 22 à 24, à la page 2, et les remplacer par ce qui suit :

« application de l'article 29. »

Retrancher les lignes 30 à 33, à la page 2, et les remplacer par ce qui suit :

« « ministre » Le ministre de la Santé et du Bien-être social. »

Retrancher la ligne 36, à la page 2, et la remplacer par ce qui suit :

« « praticien » Personne qui, en vertu des lois d'une province, est agréée et est autorisée à exercer dans cette province la profession de médecin, de dentiste ou de vétérinaire. Y sont assimilées toute autre personne ou catégorie de personnes désignées par règlement. »

Retrancher la ligne 2, à la page 3, et la remplacer par ce qui suit :

« inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à III, le fait de l'obtenir par quelque »

Retrancher les lignes 14 à 16, à la page 3, et les remplacer par ce qui suit :

« « trafic » Relativement à une substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à III, toute opération de vente — y compris la vente d'une autorisation visant son obtention —, d'administration, de don, de cession, de transport, d'expédition ou de livraison portant sur une telle substance — ou toute »

Clause 3

Strike out lines 15 to 34, at page 4, and substitute the following therefor:

“3. (1) Every power or duty imposed under this Act”

Strike out line 42, at page 4, and substitute the following therefor:

“(2) For the purposes of sections 15 and 19,”

Clause 4

Delete Clause 4

Clause 5

Strike out line 10, at page 5, and substitute the following therefor:
“included in Schedule I, I.1 or II.”

Strike out lines 12 to 15, at page 5, and substitute the following therefor:

“(a) a substance included in Schedule I, I.1, II or III, or

(b) an authorization to obtain a substance included in Schedule I, I.1, II or III”

Strike out lines 23 to 34, at page 5, and lines 1 to 36, at page 6, and substitute the following therefor:

“(3) Every person who contravenes subsection (1) where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule I

(a) is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding seven years; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction and liable

(i) for a first offence, to a fine not exceeding one thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both, and

(ii) for a subsequent offence, to a fine not exceeding two thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding one year, or to both.

(4) Subject to subsection (5), every person who contravenes subsection (1) where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule I.1

(a) is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding five years less a day; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction and liable

(i) for a first offence, to a fine not exceeding one thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both, and

(ii) for a subsequent offence, to a fine not exceeding two thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding one year, or to both.

(5) Every person who contravenes subsection (1) where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule I.1 in an amount that does not exceed the amount set out for that substance in Schedule VII is guilty of an offence punishable on summary conviction and liable to a fine not exceeding one thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both.

(6) Every person who contravenes subsection (1) where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule II

Article 3

Retrancher les lignes 15 à 31, à la page 4, et les remplacer par ce qui suit :

« 3. (1) Les pouvoirs et fonctions prévus par la »

Retrancher la ligne 38, à la page 4, et la remplacer par ce qui suit :

« (2) Pour l'application des articles 15 et 19, »

Article 4

Supprimer l'article 4

Article 5

Retrancher la ligne 11, à la page 5, et la remplacer par ce qui suit :
« substance inscrite aux annexes I, I.1 ou II est »

Retrancher la ligne 15, à la page 5, et la remplacer par ce qui suit :
« crite aux annexes I, I.1, II ou III ou une autori— »

Retrancher les lignes 23 à 34, à la page 5, et les lignes 1 à 33, à la page 6, et les remplacer par ce qui suit :

« (3) Quiconque contrevient au paragraphe (1) commet, dans le cas de substances inscrites à l'annexe I :

a) soit un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de sept ans;

b) soit une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible :

(i) s'il s'agit d'une première infraction, d'une amende maximale de mille dollars et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines,

(ii) en cas de récidive, d'une amende maximale de deux mille dollars et d'un emprisonnement maximal d'un an, ou de l'une de ces peines.

(4) Quiconque contrevient au paragraphe (1) commet, dans le cas de substances inscrites à l'annexe I.1 mais sous réserve du paragraphe (5) :

a) soit un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans moins un jour;

b) soit une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible :

(i) s'il s'agit d'une première infraction, d'une amende maximale de mille dollars et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines,

(ii) en cas de récidive, d'une amende maximale de deux mille dollars et d'un emprisonnement maximal d'un an, ou de l'une de ces peines.

(5) Quiconque contrevient au paragraphe (1) commet, dans le cas de substances inscrites à la fois à l'annexe I.1 et à l'annexe VII, et ce pourvu que la quantité en cause n'excède pas celle mentionnée à cette dernière annexe, une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible d'une amende maximale de mille dollars et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines.

(6) Quiconque contrevient au paragraphe (1) commet, dans le cas de substances inscrites à l'annexe II :

(a) is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding three years; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction and liable

(i) for a first offence, to a fine not exceeding one thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both, and

(ii) for a subsequent offence, to a fine not exceeding two thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding one year, or to both.

(7) Every person who contravenes subsection (2)

(a) is guilty of an indictable offence and liable

(i) to imprisonment for a term not exceeding seven years, where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule I,

(ii) to imprisonment for a term not exceeding five years less a day, where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule I.1,

(iii) to imprisonment for a term not exceeding three years, where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule II, or

(iv) to imprisonment for a term not exceeding eighteen months, where the subject-matter of the offence is a substance included in Schedule III; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction and liable

(i) for a first offence, to a fine not exceeding one thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both, and

(ii) for a subsequent offence, to a fine not exceeding two thousand dollars or to imprisonment for a term not exceeding one year, or to both.

(8) For the purposes of subsection (5) and Schedule VII, the amount of the substance means the entire amount of any mixture or substance, or the whole of any plant, that contains a detectable amount of the substance."

Clause 6

Strike out line 38, at page 6, and substitute the following therefor:
"stance included in Schedule I, I.1, II or III or in"

Strike out line 43, at page 6, and substitute the following therefor:
"Schedule I, I.1, II or III."

Strike out line 3, at page 7, and substitute the following therefor:
"stance included in Schedule I or I.1, is guilty of"

Strike out lines 12 to 15, at page 7, and substitute the following therefor:

"summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding eighteen months; and"

Strike out lines 22 to 25, at page 7, and substitute the following therefor:

"summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding one year."

a) soit un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de trois ans;

b) soit une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible :

(i) s'il s'agit d'une première infraction, d'une amende maximale de mille dollars et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines,

(ii) en cas de récidive, d'une amende maximale de deux mille dollars et d'un emprisonnement maximal d'un an, ou de l'une de ces peines.

(7) Quiconque contrevient au paragraphe (2) commet :

a) soit un acte criminel passible :

(i) dans le cas de substances inscrites à l'annexe I, d'un emprisonnement maximal de sept ans,

(ii) dans le cas de substances inscrites à l'annexe I.1, d'un emprisonnement maximal de cinq ans moins un jour,

(iii) dans le cas de substances inscrites à l'annexe II, d'un emprisonnement maximal de trois ans,

(iv) dans le cas de substances inscrites à l'annexe III, d'un emprisonnement maximal de dix-huit mois;

b) soit une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible :

(i) s'il s'agit d'une première infraction, d'une amende maximale de mille dollars et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines,

(ii) en cas de récidive, d'une amende maximale de deux mille dollars et d'un emprisonnement maximal d'un an, ou de l'une de ces peines.

(8) Pour l'application du paragraphe (5) et de l'annexe VII, « quantité » s'entend du poids total de tout mélange, substance ou plante dans lequel on peut déceler la présence de la substance en cause. »

Article 6

Retrancher la ligne 35, à la page 6, et la remplacer par ce qui suit :
« toute substance inscrite aux annexes I, I.1, II ou »

Retrancher la ligne 40, à la page 6, et la remplacer par ce qui suit :
« inscrite aux annexes I, I.1, II ou III. »

Retrancher les lignes 1 et 2, à la page 7, et les remplacer par ce qui suit :

« a) dans le cas de substances inscrites aux annexes I ou I.1, mais sous réserve du para- »

Retrancher les lignes 11 à 14, à la page 7, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal de dix-huit mois; »

Retrancher les lignes 21 à 24, à la page 7, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal d'un an. »

Strike out lines 29 to 39, at page 7, and substitute the following therefor:

“ule I.1 in an amount that does not exceed the amount set out for that substance in Schedule VI, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding five years less a day.”

Strike out line 43, at page 7, and substitute the following therefor: “cluded in Schedule I, I.1, II or III includes a”

Clause 7

Strike out line 10, at page 8, and substitute the following therefor:

“in Schedule I, I.1, II, III, IV or V.”

Strike out line 13, at page 8, and substitute the following therefor: “cluded in Schedule I, I.1, II, III, IV or V for the”

Strike out line 19, at page 8, and substitute the following therefor: “I or I.1, is guilty of an indictable offence and”

Strike out lines 28 to 31, at page 8, and substitute the following therefor:

“summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding eighteen months; and”

Strike out lines 39 to 42, at page 8, and substitute the following therefor:

“summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding one year.”

Clause 8

Strike out line 45, at page 8, and substitute the following therefor: “included in Schedule I, I.1, II or III.”

Strike out line 5, at page 9, and substitute the following therefor: “I or I.1, other than cannabis (marihuana), is”

Strike out lines 18 to 21, at page 9, and substitute the following therefor:

“summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding eighteen months; and”

Strike out lines 29 to 32, at page 9, and substitute the following therefor:

“summary conviction and liable to imprisonment for a term not exceeding one year.”

Clause 11

Strike out line 11, at page 11, and substitute the following therefor:

11. (1) Without restricting the generality of the *Criminal Code*, the fundamental purpose of any sentence for an offence under this Part is to contribute to the respect for the law and the maintenance of a just, peaceful and safe society while encouraging rehabilitation, and treatment in appropriate circumstances, of offenders and acknowledging the harm done to victims and to the community.

(1.1) Where a person is convicted of a”

Strike out line 21, at page 11, and substitute the following therefor: “in Schedule I, I.1, II or III or possessed”

Retrancher les lignes 27 à 38, à la page 7, et les remplacer par ce qui suit :

« substances inscrites à la fois à l'annexe I.1 et à l'annexe VI, et ce pourvu que la quantité en cause n'excède pas celle mentionnée à cette dernière annexe, un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans moins un jour. »

Retrancher la ligne 42, à la page 7, et la remplacer par ce qui suit : « d'une substance inscrite aux annexes I, I.1, II ou »

Article 7

Retrancher les lignes 17 et 18, à la page 8, et les remplacer par ce qui suit :

« a) dans le cas de substances inscrites aux annexes I ou I.1, un acte criminel passible de »

Retrancher les lignes 26 à 29, à la page 8, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal de dix-huit mois; »

Retrancher les lignes 36 à 39, à la page 8, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal d'un an. »

Article 8

Retrancher la ligne 42, à la page 8, et la remplacer par ce qui suit : « substance inscrite aux annexes I, I.1, II ou III est »

Retrancher les lignes 3 et 4, à la page 9, et les remplacer par ce qui suit :

« a) dans le cas de substances inscrites aux annexes I ou I.1, à l'exception du cannabis (ma- »

Retrancher les lignes 16 à 19, à la page 9, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal de dix-huit mois; »

Retrancher les lignes 26 à 29, à la page 9, et les remplacer par ce qui suit :

« sommaire et passible d'un emprisonnement maximal d'un an. »

Article 11

Retrancher la ligne 11, à la page 11, et la remplacer par ce qui suit :

11. (1) Sans qu'en soit limitée la portée générale du *Code criminel*, le prononcé des peines prévues à la présente partie a pour objectif essentiel de contribuer au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sûre tout en favorisant la réinsertion sociale des délinquants et, dans les cas indiqués, leur traitement et en reconnaissant les torts causés aux victimes ou à la collectivité.

(1.1) Le tribunal qui détermine la peine »

Retrancher la ligne 23, à la page 11, et la remplacer par ce qui suit : « inscrite aux annexes I, I.1, II ou III — ou »

Strike out lines 23 and 24, at page 11, and substitute the following therefor:

“ficking, in or near a school, on or near school grounds or in or near any other public place usually frequented by persons under the age of eighteen years, or”

Strike out line 26, at page 11, and substitute the following therefor:

“Schedule I, I.1, II or III, or possessed such a”

Clause 12

Strike out line 34, at page 12, and substitute the following therefor:

“sufficient authority to any peace officer to”

Strike out lines 1 to 6, at page 13, and substitute the following therefor:

“(5) Where a peace officer who executes a warrant issued under subsection (1) has reasonable grounds to believe that any person found in the place set out in the warrant has on their person any controlled substance, precursor, property or thing set out in the warrant, the peace officer may search the person for the controlled substance, precursor, property or thing and seize it.”

Clause 14

Strike out lines 9 and 10, at page 14, and substitute the following therefor:

“under this Act or any other Act of Parliament or pursuant to a power of”

Strike out line 20, at page 14, and substitute the following therefor:

“location where it is being detained;”

Strike out line 27, at page 14, and substitute the following therefor:

“rant; and

(c) cause a copy of the report to be sent to the Minister.”

Add, immediately after line 30, at page 14, the following:

“(6) Where, pursuant to this section, an order is made under paragraph 490(9)(c) of the *Criminal Code* for the return of any offence-related property seized under this Act, the judge or justice making the order may require the applicant for the order to enter into a recognizance before the judge or justice, with or without sureties, in such amount and with such conditions, if any, as the judge or justice directs and, where the judge or justice considers it appropriate, require the applicant to deposit with the judge or justice such sum of money or other valuable security as the judge or justice directs.”

New Clauses 14.1 and 14.2

Add, immediately after line 30, at page 14, the following:

“Restraint Orders

14.1 (1) The Attorney General may make an application in accordance with this section for a restraint order under this section in respect of any offence-related property.

(2) An application made under subsection (1) for a restraint order in respect of any offence-related property may be made *ex parte* and shall be made in writing to a judge and be accompanied by an affidavit sworn on the information and belief of the Attorney General or any other person deposing to the following matters:

Retrancher la ligne 27, à la page 11, et la remplacer par ce qui suit :
« rain ou dans tout autre lieu public normalement fréquenté par des personnes de moins de dix-huit ans ou près d'un tel lieu, »

Retrancher la ligne 29, à la page 11, et la remplacer par ce qui suit :

« inscrite aux annexes I, I.1, II ou III — ou »

Article 12

Retrancher la ligne 30, à la page 12, et la remplacer par ce qui suit :

« (4) Le visa confère à tout agent de la paix à »

Retrancher les lignes 1 à 6, à la page 13, et les remplacer par ce qui suit :

« (5) L'exécutant du mandat peut fouiller toute personne qui se trouve dans le lieu faisant l'objet de la perquisition en vue de découvrir et, le cas échéant, de saisir des substances désignées, des précurseurs ou tout autre bien ou chose mentionnés au mandat, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'elle en a sur elle. »

Article 14

Retrancher les lignes 11 et 12, à la page 14, et les remplacer par ce qui suit :

« vertu de la présente loi ou de toute autre loi fédérale ou d'un pouvoir spéci- »

Retrancher la ligne 28, à la page 14, et la remplacer par ce qui suit :

« pétent pour le décerner;

« c) d'envoyer une copie du rapport au ministre. »

Ajouter, après la ligne 31, à la page 14, ce qui suit :

« (6) Le juge ou juge de paix qui rend une ordonnance en vertu de l'alinéa 490(9)c) du *Code criminel* sur une demande—présentée au titre du présent article—visant la remise d'un bien infractionnel saisi en vertu de la présente loi peut exiger du demandeur qu'il contracte devant lui, avec ou sans caution, un engagement dont le montant et les conditions, le cas échéant, sont fixés par lui et, si le juge ou juge de paix l'estime indiqué, qu'il dépose auprès de lui la somme d'argent ou toute autre valeur que celui-ci fixe. »

Nouveaux articles 14.1 et 14.2

Ajouter immédiatement, à la suite de la ligne 31, à la page 14, ce qui suit :

« Ordonnances de blocage

14.1 (1) Le procureur général peut, sous le régime du présent article, demander une ordonnance de blocage d'un bien infractionnel.

(2) La demande d'ordonnance est à présenter à un juge par écrit mais peut être faite *ex parte*; elle est accompagnée de l'affidavit du procureur général ou de toute autre personne comportant les éléments suivants :

(a) the offence against this Act to which the offence-related property relates;

(b) the person who is believed to be in possession of the offence-related property; and

(c) a description of the offence-related property.

(3) Where an application for a restraint order is made to a judge under subsection (1), the judge may, if satisfied that there are reasonable grounds to believe that the property is offence-related property, make a restraint order

(a) prohibiting any person from disposing of, or otherwise dealing with any interest in, the offence-related property specified in the order otherwise than in such manner as may be specified in the order; and

(b) at the request of the Attorney General, where the judge is of the opinion that the circumstances so require,

(i) appointing a person to take control of and to manage or otherwise deal with all or part of that property in accordance with the directions of the judge, and

(ii) requiring any person having possession of that property to give possession of the property to the person appointed under subparagraph (i).

(4) Where the Attorney General so requests, a judge appointing a person under subparagraph (3)(b)(i) shall appoint the Minister of Supply and Services.

(5) A restraint order made by a judge under this section may be subject to such reasonable conditions as the judge thinks fit.

(6) A restraint order made under this section shall be made in writing.

(7) A copy of a restraint order made under this section shall be served on the person to whom the order is addressed in such manner as the judge making the order directs or in accordance with the rules of the court.

(8) A copy of a restraint order made under this section shall be registered against any property in accordance with the laws of the province in which the property is situated.

(9) A restraint order made under this section remains in effect until

(a) an order is made under subsection 490(9) or (11) of the *Criminal Code* in relation to the property; or

(b) an order of forfeiture of the property is made under subsection 15(1) or 16(2) of this Act or section 490 of the *Criminal Code*.

(10) Any person on whom a restraint order made under this section is served in accordance with this section and who, while the order is in force, acts in contravention of or fails to comply with the order is guilty of an indictable offence or an offence punishable on summary conviction.

14.2 (1) Subject to sections 15 to 21, sections 489.1 and 490 of the *Criminal Code* apply, with such modifications as the circumstances require, to any offence-related property that is the subject-matter of a restraint order made under section 14.1."

(2) Where, pursuant to subsection (1), an order is made under paragraph 490(9)(c) of the *Criminal Code* for the return of any offence-related property that is the subject of a

a) désignation de l'infraction à laquelle est liée le bien;

b) désignation de la personne que l'on croit en possession du bien;

c) description du bien.

(3) Le juge saisi de la demande peut rendre une ordonnance de blocage s'il est convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire que le bien est un bien infractionnel; l'ordonnance prévoit :

a) qu'il est interdit à toute personne de se départir du bien mentionné dans l'ordonnance ou d'effectuer des opérations sur les droits qu'elle détient sur lui, sauf dans la mesure où l'ordonnance le prévoit;

b) dans les cas où le juge estime que les circonstances le justifient et si le procureur général le demande :

(i) la nomination d'un administrateur de ce bien et l'ordre à cet administrateur de le prendre en charge — en totalité ou en partie —, de l'administrer ou d'effectuer toute autre opération à son égard conformément aux directives du juge,

(ii) l'ordre à toute personne qui a la possession du bien à l'égard duquel l'administrateur a été nommé de le lui remettre.

(4) Le juge nomme, à la demande du procureur général du Canada, le ministre des Approvisionnements et Services à titre d'administrateur visé par le sous-alinéa 3b)(i).

(5) L'ordonnance de blocage peut être assortie des conditions raisonnables que le juge estime indiquées.

(6) L'ordonnance de blocage est rendue par écrit.

(7) Une copie de l'ordonnance de blocage est signifiée à la personne qu'elle vise; la signification se fait selon les règles du tribunal ou de la façon dont le juge l'ordonne.

(8) Une copie de l'ordonnance de blocage est enregistrée à l'égard d'un bien conformément aux lois de la province où ce bien est situé.

(9) L'ordonnance de blocage demeure en vigueur jusqu'à ce que l'une des circonstances suivantes survienne :

a) une ordonnance est rendue à l'égard du bien conformément aux paragraphes 490(9) ou (11) du *Code criminel*;

b) une ordonnance de confiscation du bien est rendue en vertu des paragraphes 16(1) ou 17(1) de la présente loi ou de l'article 490 du *Code criminel*.

(10) Toute personne à qui une ordonnance de blocage est signifiée en conformité avec le présent article et qui, pendant que celle-ci est en vigueur, contrevient à ses dispositions est coupable d'un acte criminel ou d'une infraction punissable par déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

14.2 (1) Sous réserve des articles 15 à 21, les articles 489.1 et 490 du *Code criminel* s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, aux biens infractionnels ayant fait l'objet d'une ordonnance de blocage en vertu de l'article 14.1. »

(2) Le juge ou juge de paix qui rend une ordonnance en vertu de l'alinéa 490(9)c) du *Code criminel* sur une demande—présentée au titre du paragraphe (1)—visant la

restraint order under section 14.1, the judge or justice making the order may require the applicant for the order to enter into a recognizance before the judge or justice, with or without sureties, in such amount and with such conditions, if any, as the judge or justice directs and, where the judge or justice considers it appropriate, require the applicant to deposit with the judge or justice such sum of money or other valuable security as the judge or justice directs."

Clause 17

Strike out line 12, at page 17, and substitute the following therefor:
 "cured after the seizure of the property, or the making of a restraint order in respect of the property,"

Clause 22

Strike out lines 29 to 31, at page 20, and substitute the following therefor:

"ed substance offence;

(b) a reference in subsection 462.37(1) or 462.42(6), paragraph"

Strike out line 4, at page 21, and substitute the following therefor:

"this subparagraph; and

(c) a reference in subsection 462.38(2) of the *Criminal Code* to the Attorney General in relation to the manner in which forfeited property is to be disposed of or otherwise dealt with shall be deemed to be a reference to

(i) where the prosecution of the offence in respect of which the property was forfeited was commenced at the instance of the government of a province, the Attorney General or Solicitor General of that province, and

(ii) in any other case, such member of the Queen's Privy Council for Canada as may be designated for the purposes of this subparagraph."

Clause 23

Strike out lines 20 to 22, at page 22, and substitute the following therefor:

"wise dealt with in accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs."

Clause 24

Strike out lines 44 and 45, at page 22, and substitute the following therefor:

"accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs."

Clause 25

Strike out lines 9 to 11, at page 23, and substitute the following therefor:

"disposed of or otherwise dealt with in accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs."

Strike out lines 22 to 24, at page 23, and substitute the following therefor:

"be disposed of or otherwise dealt with in accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs."

remise d'un bien infractionnel faisant l'objet d'une ordonnance de blocage prévue à l'article 14.1 peut exiger du demandeur qu'il contracte devant lui, avec ou sans caution, un engagement dont le montant et les conditions, le cas échéant, sont fixés par lui et, si le juge ou juge de paix l'estime indiqué, qu'il dépose auprès de lui la somme d'argent ou toute autre valeur que celui-ci fixe. »

Article 17

Retrancher la ligne 8, à la page 17, et la remplacer par ce qui suit :
 « tionnel survenue après sa saisie ou son blocage; le présent »

Article 22

Retrancher la ligne 33, à la page 20, et la remplacer par ce qui suit :
 « graphes 462.37(1) ou »

Retrancher la ligne 5, à la page 21, et la remplacer par ce qui suit :
 « cas;

c) pour ce qui est de la façon de disposer des biens confisqués, la mention, au paragraphe 462.38(2) du *Code criminel*, du procureur général vaut mention :

(i) soit du procureur général ou du solliciteur général de la province où les procédures relatives à l'infraction ont été engagées, si le bien a été confisqué relativement à cette infraction et si les procédures ont été engagées à la demande du gouvernement de cette province,

(ii) soit du membre du Conseil privé de la reine pour le Canada chargé par le gouverneur en conseil de l'application du présent sous-alinéa dans tout autre cas. »

Article 23

Retrancher les lignes 16 à 18, à la page 22, et les remplacer par ce qui suit :

« jesté. Il en est alors disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Article 24

Retrancher les lignes 37 et 38, à la page 22, et les remplacer par ce qui suit :

« est alors disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Article 25

Retrancher les lignes 9 à 11, à la page 23, et les remplacer par ce qui suit :

« soit par la suite disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Retrancher les lignes 24 à 26, à la page 23, et les remplacer par ce qui suit :

« soit par la suite disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Clause 26

Strike out lines 12 to 14, at page 24, and substitute the following therefor:

“dealt with in accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs.”

Clause 27

Strike out lines 27 to 29, at page 24, and substitute the following therefor:

“otherwise dealt with in accordance with the regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs.”

Clause 28

Strike out line 33, at page 24, and substitute the following therefor: “substance included in Schedule I, I.1, II or III”

Clause 29

Strike out line 38, at page 24, and substitute the following therefor:

“29. (1) The Minister may designate, in accordance with the regulations made pursuant to paragraph 54(1)(n), any”

Clause 30

Strike out line 9, at page 25, and substitute the following therefor: “place the inspector believes on reasonable grounds is used for the purpose of conducting the”

Strike out line 28, at page 25, and substitute the following therefor:

“cursor, other than the records of the medical condition of persons, and make copies thereof or take”

In the French version only, strike out line 36, at page 26, and substitute the following therefor:

“sistance raisonnable et de lui donner les rensei—”

Clause 43

Strike out line 9, at page 32, and substitute the following therefor:

“43. The Minister may designate, in accordance with the regulations made pursuant to paragraph 54(1)(o), any per—”

Clause 45

Strike out line 33, at page 32, and substitute the following therefor:

“not exceeding one thousand dollars or to”

Clause 54

Strike out line 40, at page 36, and substitute the following therefor:

“included in Schedule I, I.1, II, III, IV or V or”

Strike out line 1, at page 37, and substitute the following therefor:

“stance included in Schedule I, I.1, II, III, IV”

Strike out lines 16 to 21, at page 37, and substitute the following therefor:

“(h) respecting the qualifications of persons who are engaged in the production, preservation, testing, packaging, storage, selling, providing or otherwise dealing in any controlled substance or precursor or any class thereof and who do so under the supervision of a person licensed under the regulations to do any such thing;”

Article 26

Retrancher les lignes 47 et 48, à la page 23, et les remplacer par ce qui suit :

« disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Article 27

Retrancher les lignes 19 à 21, à la page 24, et les remplacer par ce qui suit :

« Sa Majesté et il peut en être disposé conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. »

Article 28

Retrancher la ligne 25, à la page 24, et la remplacer par ce qui suit :

« crites aux annexes I, I.1, II ou III et qui sont »

Article 29

Retrancher la ligne 28, à la page 24, et la remplacer par ce qui suit :

« 29. (1) Le ministre peut, conformément aux règlements pris aux termes de l'alinéa 54(1)n), désigner qui— »

Article 30

Retrancher la ligne 8, à la page 25, et la remplacer par ce qui suit :

« lieu où il a des motifs raisonnables de croire que le titulaire d'une autorisation ou »

Retrancher la ligne 27, à la page 25, et la remplacer par ce qui suit :

« seur, à l'exception des dossiers sur l'état de santé de personnes, et les reproduire en tout ou en partie; »

Dans la version française seulement, retrancher la ligne 36, à la page 26, par ce qui suit :

« sistance raisonnable et de lui donner les rensei— »

Article 43

Retrancher la ligne 9, à la page 32, et la remplacer par ce qui suit :

« 43. Le ministre peut, conformément aux règlements pris aux termes de l'alinéa 54(1)o), désigner quiconque à »

Article 45

Retrancher la ligne 33, à la page 32, et la remplacer par ce qui suit :

« de mille dollars et d'un emprisonne— »

Article 54

Retrancher les lignes 28 et 29, à la page 36, et les remplacer par ce qui suit :

« tion ou de vente de substances inscrites aux annexes I, I.1, II, III, IV ou V, ou »

Retrancher les lignes 35 et 36, à la page 36, et les remplacer par ce qui suit :

« de substances inscrites aux annexes I, I.1, II, III, IV ou V, ou d'une de leurs caté— »

Retrancher les lignes 12 et 13, à la page 37, et les remplacer par ce qui suit :

« h) régir les qualifications requises des personnes qui, sous la supervision du titulaire d'une licence réglementaire délivrée à cette fin, s'adonnent à toute opération — no— »

Strike out line 32, at page 37, and substitute the following therefor:
 "stance included in Schedule I, I.1, II, III, IV"

Strike out line 36, at page 37, and substitute the following therefor:
 "I.1, II, III, IV or V or any class thereof;"

Strike out lines 4 and 5, at page 38, and substitute the following therefor:

"(n) respecting the qualifications for inspectors and their powers and duties in relation to the enforcement of,"

Strike out lines 7 and 8, at page 38, and substitute the following therefor:

"(o) respecting the qualifications for analysts and their powers and duties;"

Strike out lines 13 to 18, at page 39, and substitute the following therefor:

"Act or regulations; and

(z.1) prescribing anything that, by this"

Strike out line 42, at page 39, and substitute the following therefor:
 "application of any provision of Part I or the regulations;"

Clause 59

Delete Clause 59

Clause 60

Strike out line 27, at page 41, and substitute the following therefor:
 "der, amend any of Schedules I to VII by ad—"

New Clause 71.1

Add, immediately after line 35, at page 46, the following:

"71.1 Paragraph 553(c) of the Act is amended by striking out the word "or" at the end of subparagraph (vii) and by adding the following after subparagraph (viii):

(ix) paragraph 5(4)(a) of the *Controlled Drugs and Substances Act*, or

(x) subsection 6(4) of the *Controlled Drugs and Substances Act*."

Schedule I

Strike out, at page 54, item 3 in Schedule I:

New Schedule I.1

Add, immediately after Schedule I, at page 59, the following:

"SCHEDULE I.1

(Sections 2, 5 to 8, 11, 28, 54 and 60)

1. Cannabis, its preparations, derivatives and similar synthetic preparations, including:

(1) Cannabis resin

(2) Cannabis (marihuana)

(3) Cannabidiol (2-[3-methyl-6-(1-methylethenyl)-2-cyclohexen-1-yl]-5-pentyl-1,3-benzenediol)

(4) Cannabinol (3-n-amy-6, 6, 9-trimethyl-6-dibenzopyran-1-ol)

Retrancher les lignes 27 et 28, à la page 37, et les remplacer par ce qui suit :

« portant sur les substances inscrites aux annexes I, I.1, II, III, IV ou V, ou sur une de »

Retrancher les lignes 33 et 34, à la page 37, et les remplacer par ce qui suit :

« substances inscrites aux annexes I, I.1, II, III, IV ou V, ou d'une de leurs catégo— »

Retrancher les lignes 4 et 5, à la page 38, et les remplacer par ce qui suit :

« n) régir les qualifications des inspecteurs ainsi que les pouvoirs et fonctions de ceux-ci relativement à l'exécution et au »

Retrancher les lignes 7 et 8, à la page 38, et les remplacer par ce qui suit :

« o) régir les qualifications ainsi que les pouvoirs et fonctions des analystes; »

Retrancher les lignes 15 à 18, à la page 39, et les remplacer par ce qui suit :

« z.1) prendre toute mesure d'ordre régle— »

Retrancher la ligne 39, à la page 39, et la remplacer par ce qui suit :

« tie de la partie I ou des règlements; »

Article 59

Supprimer l'article 59

Article 60

Retrancher la ligne 27, à la page 41, et la remplacer par ce qui suit :

« VII pour y ajouter ou en supprimer tout ou »

Nouvel article 71.1

Ajouter immédiatement à la suite de la ligne 31, à la page 46, ce qui suit :

« 71.1 L'alinéa 553c) de la même loi est modifié par adjonction, après le sous-alinéa (viii), de ce qui suit :

(ix) l'alinéa 5(4)a) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*,

(x) le paragraphe 6(4) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. »

Annexe I

Retrancher l'article 3, à la page 54.

Nouvelle annexe I.1

Ajouter immédiatement à la suite de l'annexe I, à la page 59, ce qui suit :

« ANNEXE I.1

(articles 2, 5 à 8, 11, 28, 54 et 60)

1. Chanvre indien (Cannabis), ainsi que ses préparations et dérivés et les préparations synthétiques semblables, notamment :

(1) résine de cannabis

(2) cannabis (marihuana)

(3) cannabidiol ([méthyl-3 (méthyl-1 éthenyl)-6 (cyclohexenyl-1)-2]-2 pentyl-5 benzènediol-1,3)

(4) cannabinol (n-amy-3 hydroxy-1 triméthyl-6, 6, 9 6H-dibenzopyranne)

- (5) Nabilone ((+)-trans-3-(1,1-dimethylheptyl)-6, 6a, 7, 8, 10, 10a-hexahydro-1-hydroxy-6,6-dimethyl-9H-dibenzo[b, d] pyran-9-one)
- (6) Pyrahexyl (3-n-hexyl-6, 6, 9-trimethyl-7, 8, 9, 10-tetrahydro-6-dibenzopyran-1-ol)
- (7) Tetrahydrocannabinol (tetrahydro-6, 6, 9-trimethyl-3-pentyl-6H-dibenzo[b, d]pyran-1-ol)
- but not including
- (8) Non-viable Cannabis seed”

New Schedule VII

Add, immediately after Schedule VI, at page 67, the following:

“SCHEDULE VII (sections 5 and 60)	
Substance	Amount
1. Cannabis resin	1 g
2. Cannabis (marihuana)	30 g”

A copy of the Minutes of Proceedings relating to this Bill (*Issue No. 32 which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

- (5) nabilone (d,l-trans (diméthyl-1,1 heptyl)-3 hexahydro-6, 6a, 7, 8, 10, 10a hydroxy-1 diméthyl-6, 6 9H-dibenzo [b,d] py-rannone-9)
- (6) pyrahexyl (n-hexyl-3 hydroxy-1 triméthyl-6, 6, 9 tétrahydro-7, 8, 9, 10 6H-dibenzopyranne)
- (7) tétrahydrocannabinol (tétrahydro hydroxy-1 triméthyl-6, 6, 9 pentyl-3 6H-dibenzo[b, d]pyranne)
- mais non compris :
- (8) graine de cannabis stérile »

Nouvelle annexe VII

Ajouter immédiatement à la suite de l’annexe VI, à la page 67, ce qui suit :

« ANNEXE VII (articles 5 et 60)	
Substance	Quantité
1. Résine de cannabis	1 g
2. Cannabis (marihuana)	30 g »

Un exemplaire des Procès-verbaux relatifs à ce projet de loi (*fascicule n° 32, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

ROGER SIMMONS,

Chairman.

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, SEPTEMBER 20, 1995

(Meeting No. 62)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 3:30 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, for the purpose of electing a Chair.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo.

Acting Members present: Barry Campbell for Hedy Fry; Don Boudria for Hedy Fry.

Other Member present: Gilles Duceppe.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller Chenier, Research Officers.

In accordance with its mandate under Standing Order 106(1), the Clerk of the Committee presided over the election of the Chair of the Committee.

On motion of Ovid Jackson, seconded by Harold Culbert, *it was agreed*, — That Roger Simmons take the Chair of this Committee as Chairman.

Accordingly, Roger Simmons was declared duly elected Chair of the Committee and took the Chair.

Bernard Patry moved, — That Ovid Jackson be elected Government Vice-Chair of the Committee.

Whereupon Grant Hill moved, — That the Committee proceed to an election of the Vice-Chairs and that Paul Szabo also be considered for election as Government Vice-Chair of the Committee.

A Point of Order having been raised about the acceptability of Grant Hill's motion, the Chair ruled that the Committee, must first dispose of the motion put by Bernard Patry, and that, should said motion be negatived, the Committee could then entertain the motion put by Grant Hill.

The question being put on the motion by Bernard Patry, — That Ovid Jackson be elected Government Vice-Chair of the Committee, it was, by a show of hands, agreed upon: Yeas, 8; Nays, 1.

Michel Daviault moved, — That Pauline Picard be elected Opposition Vice-Chair of the Committee.

Whereupon Grant Hill proposed to move, — That Sharon Hayes be elected Opposition Vice-Chair of the Committee.

The question being put on the motion by Michel Daviault, — That Pauline Picard be elected Opposition Vice-Chair of the Committee, it was by a show of hands, agreed upon: Yeas, 8; Nays, 1.

On motion of Bernard Patry, *it was agreed*, — That pursuant to the motion creating a Sub-Committee on HIV/AIDS adopted by the Committee on November 3, 1994, the said Sub-Committee be composed as follows: Bernard Patry as Chair, with members Ovid L. Jackson, Harold Culbert, Hedy Fry, Rose-Marie Ur, Réal Ménard, Sharon Hayes and Svend Robinson.

PROCÈS-VERBAUX

LE MERCREDI 20 SEPTEMBRE 1995

(Séance n° 62)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 15 h 30, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, pour élire un président.

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Michel Daviault, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons et Paul Szabo.

Membres suppléants présents: Barry Campbell pour Hedy Fry et Don Boudria pour Hedy Fry.

Autre député présent: Gilles Duceppe.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 106(1) du Règlement, la greffière procède à l'élection du président du Comité.

Sur la motion de Ovid Jackson, avec l'appui de Harold Culbert, *il est convenu*, — Que Roger Simmons assume la présidence du Comité.

En conséquence, Roger Simmons est déclaré président dûment élu du Comité et il occupe le fauteuil.

Bernard Patry propose, — Que Ovid Jackson soit élu vice-président du Comité pour le gouvernement.

Grant Hill propose, — Que le Comité procède à l'élection des vices-présidents du Comité et que la candidature de Paul Szabo, à la charge de vice-président du Comité pour le gouvernement, soit également retenue.

Le Règlement ayant été invoqué sur la recevabilité de la motion de Grant Hill, le président déclare que le Comité doit étudier la motion de Bernard Patry en premier lieu et que s'il la rejette, il pourra ensuite statuer sur celle de Grant Hill.

La motion de Bernard Patry, — Que Ovid Jackson soit élu vice-président du Comité pour le gouvernement, — mise aux voix par vote à main levée, est adoptée à la majorité: Pour, 8; contre, 1.

Michel Daviault propose, — Que Pauline Picard soit élue vice-présidente du Comité pour l'opposition.

Grant Hill propose, — Que Sharon Hayes soit élue vice-présidente du Comité pour l'opposition.

La motion de Michel Daviault, — Que Pauline Picard soit élue vice-présidente du Comité pour l'opposition, — mise aux voix par vote à main levée, est adoptée à la majorité: Pour, 8; contre, 1.

Sur la motion de Bernard Patry, *il est convenu*, — Que, conformément à la motion portant création du Sous-comité sur le VIH/SIDA, adoptée par le Comité le 3 novembre 1994, ledit sous-comité soit composé de: Bernard Patry, en qualité de président, et Ovid L. Jackson, Harold Culbert, Hedy Fry, Rose-Marie Ur, Réal Ménard, Sharon Hayes et Svend Robinson en tant que membres.

On motion of Paul Szabo, *it was agreed*, — That pursuant to the motion creating a Sub-Committee to study Bill C-7, The Controlled Drugs and Substances Act, adopted by the Committee on April 26, 1994, the said Sub-Committee be composed as follows: Paul Szabo as Chair, with members Hedy Fry, Rose-Marie Ur, Andy Scott, Pierre de Savoye, and Grant Hill.

At 3:45 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, SEPTEMBER 28, 1995
(Meeting No. 63)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Sharon Hayes, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons, Paul Szabo.

Acting Members present: Madeleine Dalphond-Guiral for Michel Daviault; Roger Bonin for Ovid L. Jackson; Charles Hubbard for Hedy Fry; Peter Adams for Andy Scott.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller Chenier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to consideration of its future business.

It was agreed, — That the Research staff prepare a background document on the Decade of the Brain, to be considered by the Committee at its next meeting.

It was agreed, — That the Committee receive the Order-in-Council appointments referred to it on July 19, 1995 pursuant to Standing Order 110(1).

It was agreed, — That the Committee receive the submission of the Non-Smokers' Rights Association and that the matter be deferred.

It was agreed, — That the Committee undertake a study on Prevention in the Health System and that the Research staff be asked to prepare a draft workplan for the consideration of the Committee at its next meeting.

At 9:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, OCTOBER 17, 1995
(Meeting No. 64)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Roger Simmons, Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller Chenier, Research Officers.

Sur la motion de Paul Szabo, *il est convenu*, — Que, conformément à la motion portant création du Sous-comité chargé d'étudier le projet de loi C-7, Loi réglementant certaines drogues et autres substances, adoptée par le Comité le 26 avril 1994, ledit sous-comité se compose de Paul Szabo, en qualité de président, et Hedy Fry, Rose-Marie Ur, Andy Scott, Pierre de Savoye et Grant Hill en tant que membres.

À 15 h 45, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 28 SEPTEMBRE 1995
(Séance n° 63)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à huis clos, à 9 h 10, à la pièce 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Sharon Hayes, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons et Paul Szabo.

Membres suppléants présents: Madeleine Dalphond-Guiral pour Michel Daviault; Roger Bonin pour Ovid L. Jackson; Charles Hubbard pour Hedy Fry; Peter Adams pour Andy Scott.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité passe à l'étude de ses travaux futurs.

Il est convenu, — Que le personnel de recherche prépare un document d'information sur la décennie du cerveau qui sera pris en considération par le Comité lors de sa prochaine séance.

Il est convenu, — Que le Comité reçoive les nominations par décret qui lui ont été déférées le 19 juillet 1995 conformément au paragraphe 110(1) du Règlement.

Il est convenu, — Que le Comité reçoive le mémoire de l'Association pour les droits des non-fumeurs et que la question soit reportée.

Il est convenu, — Que le Comité entreprenne une étude sur la prévention dans le système de la santé et que le personnel de recherche soit chargé de préparer une ébauche de plan de travail qui sera prise en considération par le Comité lors de sa prochaine séance.

À 9 h 55, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 17 OCTOBRE 1995
(Séance n° 64)

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 10, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Roger Simmons, Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller Chenier, attachées de recherche.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to consideration of its future business.

It was agreed,—That the Chair send a letter to Sue Barnes, M.P., explaining the Committee's decision not to support her call to declare the 1990's as the Decade of the Brain, at this time.

It was agreed,—That officials from Health Canada be invited to appear before the Committee relating to its study on Preventive Strategies for Healthy Children at its next meeting scheduled for Thursday, October 26, 1995.

It was agreed,—That the blues of this in camera meeting be copied and distributed to all members and staff of the Committee, on a confidential basis.

At 10:15 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, OCTOBER 25, 1995

(Meeting No. 65)

The Standing Committee on Health met at 1:40 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chair, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Andy Scott, Roger Simmons, Paul Szabo.

Acting Members present: Carolyn Parrish for Bernard Patry; Jack Anawak for Harold Culbert.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Jane Allain, Odette Madore and Nancy Miller Chenier, Research Officers.

Pursuant to the Order of the House, dated April 19, 1994, referring Bill C-7, An Act respecting the control of certain drugs, their precursors and other substances and to amend certain other Acts and repeal the Narcotic Control Act in consequence thereof, and in accordance with an Order dated April 26, 1994, creating a Sub-Committee to review the Bill, the Committee proceeded to consideration of the Report of the Sub-Committee. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, April 26, 1994, Issue No. 5*).

In accordance with a motion agreed to on April 26, 1994, the Chairman declared the report of the Sub-Committee to be deemed adopted and stated that he would present it as the Committee's Fifth Report to the House.

Whereupon Paul Szabo presented three further recommendations from the Sub-Committee for the consideration of the Committee.

The Chair received the recommendations on behalf of the Committee, noting that they would be discussed at its next meeting.

At 1:50 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine ses travaux à venir.

Il est convenu,—Que le président envoie une lettre à Sue Barnes, députée, pour lui expliquer la décision du Comité de ne pas souscrire pour l'instant à sa demande de déclarer les années 1990 Décennie du cerveau.

Il est convenu,—Que les fonctionnaires de Santé Canada soient invités à comparaître à propos de l'étude du Comité sur les stratégies de prévention des maladies chez les enfants en bonne santé au cours de sa prochaine réunion le jeudi 26 octobre 1995.

Il est convenu,—Que les «bleus» de la présente réunion à huis clos soient recopiés et remis aux membres et au personnel du Comité à titre confidentiel.

À 10 h 15, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 25 OCTOBRE 1995

(Séance n° 65)

Le Comité permanent de la santé se réunit à 13 h 40, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Andy Scott, Roger Simmons et Paul Szabo.

Membres suppléants présents: Carolyn Parrish pour Bernard Patry; Jack Anawak pour Harold Culbert.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Jane Allain, Odette Madore et Nancy Miller Chenier, attachées de recherche.

Conformément à l'ordre de renvoi que la Chambre a adopté le 19 avril 1994 concernant l'étude du projet de loi C-7, Loi portant réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs, ainsi que d'autres substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence, et à un ordre de renvoi du 26 avril 1994 portant création d'un sous-comité chargé de revoir le projet de loi, le Comité étudie le rapport dudit sous-comité. (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 26 avril 1994, fascicule n° 5*)

Conformément à la motion adoptée le 26 avril 1994, le président déclare que le rapport du Sous-comité est adopté d'office et qu'il le présentera à la Chambre à titre de Cinquième Rapport du Comité.

Paul Szabo soumet alors au Comité trois autres recommandations du Sous-comité.

Le président reçoit les recommandations au nom du Comité et signale qu'elles seront examinées au cours de la prochaine séance.

À 13 h 50, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 33 (Meetings Nos. 66 to 69)

Thursday, November 2, 1995

Tuesday, November 7, 1995

Thursday, November 9, 1995

Tuesday, November 21, 1995

Chairperson: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 33 (Séances n°s 66 à 69)

Le jeudi 2 novembre 1995

Le mardi 7 novembre 1995

Le jeudi 9 novembre 1995

Le mardi 21 novembre 1995

Président: Roger Simmons

*Minutes of Proceedings of the Standing Committee on***Health***Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la***Santé**

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2):

– A Study on Preventative Strategies for Healthy Children

– Future Business

Pursuant to an Order of Reference from the House dated November 1, 1995, consideration of the Supplementary Estimates (A) (Health, Votes 1a, 5a, 10a, 20a and 25a)

INCLUDING:

The Sixth Report to the House

CONCERNANT :

Conformément à l'article 108(2) du Règlement:

– Une étude sur les stratégies de prévention axées sur la santé des enfants

– Travaux futurs

Conformément à l'Ordre de renvoi de la Chambre en date du 1 novembre 1995, un examen du Budget des dépenses supplémentaire (A) (Santé, crédits 1a, 5a, 10a, 20a et 25a)

Y COMPRIS:

Le Sixième rapport à la Chambre

WITNESSES:

(See end of document)

TÉMOINS:

(Voir fin du document)



STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Chairperson: Roger Simmons

Vice-Chairmen: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Members

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Associate Members

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

Nancy Hall

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Président: Roger Simmons

Vice-présidents: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Membres

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Membres associés

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

La greffière du Comité

Nancy Hall

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Journals of the House of Commons of Wednesday, November 1st, 1995

Pursuant to Standing Order 81(5) and (6), Mr. Eggleton (President of the Treasury Board and Minister responsible for Infrastructure), seconded by Mr. Goodale (Minister of Agriculture and Agri-Food), moved,—That Supplementary Estimates (A) for the fiscal year ending March 31, 1996, laid upon the Table earlier today, be referred to the several Standing Committees of the House, as follows:

(8) To the Standing Committee on Health

- Health, Votes 1a, 5a, 10a, 20a and 25a

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux de la Chambre des communes du mercredi 1^{er} novembre 1995

Conformément aux articles 81(5) et (6) du Règlement, M. Eggleton (président du Conseil du Trésor et ministre responsable de l'Infrastructure), appuyé par M. Goodale (ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire), propose,—Que le Budget des dépenses supplémentaire (A) pour l'exercice se terminant le 31 mars 1996, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit renvoyé aux différents comités permanents de la Chambre, comme suit:

8) Au Comité permanent de la santé

- Santé, crédits 1a, 5a, 10a, 20a et 25a

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

REPORT TO THE HOUSE

Wednesday, November 22, 1995

The Standing Committee on Health has the honour to present its

SIXTH REPORT

In accordance with its Order of Reference of November 1st, 1995, your Committee has considered Votes 1a, 5a, 10a, 20a and 25a under HEALTH in the Supplementary Estimates (A), for the fiscal year ending March 31, 1996 and report the same.

A copy of the Minutes of Proceedings relating to this study (*Issue No. 33, which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le mercredi 22 novembre 1995

Le Comité permanent de la santé a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Conformément à son Ordre de renvoi du 1^{er} novembre 1995, votre Comité a étudié les crédits 1a, 5a, 10a, 20a et 25a sous la rubrique SANTÉ du Budget des dépenses supplémentaire (A) pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1996 et fait rapport à ce sujet.

Un exemplaire des Procès-verbaux relatifs à cette étude (*Fascicule n° 33, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

ROGER SIMMONS,

Chair.

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 2, 1995

(Meeting No. 66)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 237-C, Centre Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons and Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Witnesses: From Health Canada: Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Promotion and Programs Branch; Catherine Lane, Director General, Population Health Directorate; Brian Ward, Director, Childhood and Youth Division; Esther Kwavnick, Associate Director, Childhood and Youth Division; Susan Beaubier, Program Officer, First Nations and Inuit Health Programs Directorate, Medical Services Branch; Michèle Bourque, Program Officer, First Nations and Inuit Health Programs Directorate, Medical Services Branch.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), consideration of a study on Preventative Strategies for Healthy Children (*See Minutes of Proceedings dated Thursday, September 28, 1995, Issue No. 32*).

Kay Stanley made an opening statement and, together with Catherine Lane, Brian Ward, Esther Kwavnick, Michèle Bourque and Susan Beaubier, answered questions.

At 10:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, NOVEMBER 7, 1995

(Meeting No. 67)

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 112-N, Centre Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons and Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Witnesses: From the Health Protection Branch, Health Canada: Dr. Joe Losos, Director General, Laboratory Centre for Disease Control; Roy Hickman, Director General, Environmental Health Directorate; Dr. Catherine McCourt, Acting Director, Bureau of Reproductive and Child Health, Laboratory Centre for Disease Control; Dr. Felix Li, Acting Director, Bureau of Cardio-respiratory and Lung Disease, Laboratory Centre for Disease Control; Richard Viau, Director, Product Safety Program, Environmental Health Directorate; Margaret Cheney, Chief, Nutrition Evaluation Division, Food Directorate; Dr. Andy Gilman, Chief, Great Lakes Health Effects Division, Environmental Health Directorate; Dr. Rick

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 2 NOVEMBRE 1995

(Séance n° 66)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 15, dans la salle 237-C de l'édifice du Centre, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons et Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

Témoins: De Santé Canada: Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et des services de santé; Catherine Lane, directrice générale, Direction de la promotion de la santé; Brian Ward, directeur, Division de l'enfance et de la jeunesse; Esther Kwavnick, directrice associée, Division de l'enfance et de la jeunesse; Susan Beaubier, agent de programmes, Services de santé des Indiens et des populations du Nord, Direction générale des services médicaux; Michèle Bourque, agent de programmes, Services de santé des Indiens et des populations du Nord, Direction générale des services médicaux.

Conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité étudie des stratégies préventives pour les enfants en santé (*voir les Procès-verbaux du jeudi 28 septembre 1995, fascicule n°32*).

Kay Stanley fait une déclaration et, avec Catherine Lane, Brian Ward, Esther Kwavnick, Michèle Bourque et Susan Beaubier, répond aux questions.

À 10 h 10, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 7 NOVEMBRE 1995

(Séance n° 67)

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 10, dans la salle 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Andy Scott, Roger Simmons et Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

Témoins: De la Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada: Dr Joe Losos, directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie; Roy Hickman, directeur général, Direction de l'hygiène du milieu; Dr^{re} Catherine McCourt, directrice suppléante, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Laboratoire de lutte contre la maladie; Dr^r Felix Li, directeur suppléant, Bureau des maladies cardiorespiratoires et pulmonaires, Laboratoire de lutte contre la maladie; Richard Viau, directeur, Programme de la sécurité des produits, Direction de l'hygiène du milieu; Margaret Cheney, chef, Division d'évaluation en nutrition, Direction des aliments; Dr^r Andy Gilman, chef, Division des effets sur la santé

Mathias, Acting Director, Bureau of Surveillance and Field Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on Preventative Strategies for Healthy Children (*See Minutes of Proceedings dated Thursday, November 2, 1995, Issue No. 33*).

Dr. Joe Losos made an opening statement and, together with Dr. Catherine McCourt, Roy Hickman, Margaret Cheney, Dr. Rick Mathias, Dr. Andy Gilman, Richard Viau and Dr. Felix Li, answered questions.

At 10:25 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:35 o'clock a.m., the sitting resumed in camera.

It was agreed,—That pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health be established to be composed of Andy Scott as Chair, Hedy Fry, Bernard Patry, Paul Szabo, Pauline Picard and Grant Hill, to study legislation that may be referred to the Committee in the coming month.

It was agreed,—That upon presentation of the report of the Sub-Committee, it be deemed adopted, and that the Chairman of the Committee present it to the House on behalf of the Committee.

It was agreed,—That the Sub-Committee be empowered, except when the House otherwise orders, to send for persons, papers and records, to sit while the House is sitting, to sit during periods when the House stands adjourned, to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by it and to authorize the Chair to hold meetings to receive evidence when a quorum is not present and to authorize the printing thereof.

It was agreed,—That a Research Officer be provided to the Sub-Committee by the Library of Parliament.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, NOVEMBER 9, 1995
(Meeting No. 68)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons and Paul Szabo.

Acting Members present: Larry McCormick for Andy Scott, Madeleine Dalphond-Guiral for Michel Daviault.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to consideration of its future business.

It was agreed,—That officials from Health Canada be asked to appear before the Committee on Tuesday, November 21st, 1995, in relation to the Supplementary Estimates (A) 1995-96 referred to the Committee by the House on November 1st, 1995.

du plan d'action pour les grands Lacs, Direction de l'hygiène du milieu; Dr Rick Mathias, directeur suppléant, Bureau de la surveillance et Épidémiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend son étude des stratégies de prévention axées sur la santé des enfants (*voir les Procès-verbaux du jeudi 2 novembre 1995, fascicule n° 33*).

Le Dr Joe Losos fait une déclaration et, avec le Dr^c Catherine McCourt, Roy Hickman, Margaret Cheney, le Dr Rick Mathias, le Dr Andy Gilman, Richard Viau et le Dr Felix Li, répond aux questions.

À 10 h 25, le Comité suspend ses travaux.

À 10 h 35, le Comité reprend ses travaux à huis clos.

Il est convenu—Conformément au paragraphe 108(1) du Règlement, que soit établi un sous-comité du Comité permanent de la santé, composé de Andy Scott (président), Hedy Fry, Bernard Patry, Paul Szabo, Pauline Picard et Grant Hill pour étudier les projets de loi qui pourraient être renvoyés au Comité le mois prochain.

Il est convenu—Que le rapport du Sous-comité soit adopté d'office sur présentation et que le président du Comité le présente à la Chambre au nom du Comité.

Il est convenu—Que, sauf sur contrordre de la Chambre, le Sous-comité soit habilité à convoquer des témoins, à exiger des documents et des dossiers, à siéger pendant les séances et les ajournements de la Chambre, à faire imprimer au jour le jour des documents et des témoignages au besoin et à autoriser son président, en l'absence de quorum, à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en autoriser l'impression.

Il est convenu—Que la Bibliothèque du Parlement fournisse un attaché de recherche au Sous-comité.

À 11 heures, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 9 NOVEMBRE 1995
(Séance n° 68)

Le Comité permanent de la santé tient une séance à huis clos à 9 h 10, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Pauline Picard, Roger Simmons et Paul Szabo.

Membres suppléants présents: Larry McCormick en remplacement de Andy Scott; Madeleine Dalphond-Guiral en remplacement de Michel Daviault.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité examine ses travaux futurs.

Il est convenu—Que l'on demande aux hauts fonctionnaires de Santé Canada de comparaître devant le Comité le mardi 21 novembre 1995 pour témoigner à propos du Budget des dépenses supplémentaire (A) que la Chambre a renvoyé au Comité le 1^{er} novembre 1995.

It was agreed,—That the Committee undertake a two-day briefing session with experts in the health promotion/prevention field on Preventative Strategies for Healthy Children to be held February 8, 9, 1996 at Strathmere House in North Gower, and that a travel budget, not to exceed \$8,560.00, be submitted to the Budget Sub-Committee of the Liaison Committee for its approval.

It was further agreed,—That the Committee authorize the Clerk and Research staff, in consultation with the Chair, to negotiate contracts, within BOIE guidelines, for up to four (4) consultants who will fully brief Members and facilitate workshops on Preventative Strategies for Healthy Children during the briefing session to be held at Strathmere House in North Gower in February 1996.

It was agreed,—That the Committee adopt the proposed budget of the Sub-Committee on HIV/AIDS in order that it may convene a National Roundtable on Compassionate Access to Experimental Drugs, in the amount of \$38,260.00, and that the said budget be presented to the Budget Sub-Committee of the Liaison Committee for its approval as soon as possible.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, NOVEMBER 21, 1995
(Meeting No. 69)

The Standing Committee on Health met at 9:10 o'clock a.m. this day, in Room 112-N, Centre Block, the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons and Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chenier, Research Officers.

Witnesses: From Health Canada: Robert Lafleur, ADM Principal, Corporate Services Branch; Orvel Marquardt, Director General, Financial Administration Directorate; Claire Franklin, Executive Director, Pest Management Regulatory Agency; Esther Kwavnick, Associate Director, Childhood and Youth Division, Health Promotion and Protection Branch; Weldon Newton, Director General, Management and Programmes Services, Health Protection Branch.

Pursuant to an Order of Reference from the House dated November 1, 1995, the Committee proceeded to consideration of the Supplementary Estimates (A) (Health, Votes 1a, 5a, 10a, 20a and 25a).

Robert Lafleur made an opening statement and together with Orvel Marquardt, Claire Franklin, Weldon Newton and Esther Kwavnick answered questions.

At 10:25 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:30 o'clock a.m., the sitting resumed.

Il est convenu—Que le Comité tienne une séance d'information de deux jours avec des spécialistes de la promotion et de la prévention pour parler des Stratégies de prévention axées sur la santé des enfants, séance qui aurait lieu les 8 et 9 février 1996, dans l'immeuble Strathmere House, à North Gower, et que l'on demande au Sous-comité du budget du Comité de liaison d'approuver un budget de déplacement de 8 560\$ au plus.

Il est convenu—Que le Comité autorise la greffière et le personnel de recherche, en consultation avec le président, à négocier des contrats, dans le cadre des directives du BRI, pour retenir les services de quatre (4) experts-conseils qui fourniront des informations complètes aux membres du Comité et faciliteront la tenue des ateliers de travail sur les Stratégies de prévention axées sur la santé des enfants pendant la séance d'information qui aura lieu dans l'immeuble Strathmere House, à North Gower, en février 1996.

Il est convenu—Que le Comité adopte le projet de budget de 38 260\$ pour le Sous-comité sur le HIV/sida afin qu'il puisse convoquer une table ronde nationale sur l'accès humanitaire aux médicaments et que ledit budget soit présenté le plus tôt possible au Sous-comité du budget du Comité de liaison aux fins d'approbation.

À 11 heures, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 21 NOVEMBRE 1995
(Séance n° 69)

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 10, dans la salle 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Pauline Picard Roger Simmons et Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chenier, attachées de recherche.

Témoins: De Santé Canada: Robert Lafleur, sous-ministre adjoint principal, Direction générale des services de gestion; Orvel Marquardt, directeur général, Direction de l'administration financière; Claire Franklin, directrice exécutive, Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire; Esther Kwavnick, directrice associée, Division de l'enfance et de la jeunesse, Direction générale de la promotion et de la protection de la santé; Weldon Newton, directeur général, Direction des services de gestion et programmes, Direction générale de la protection de la santé.

Conformément à l'ordre de renvoi que la chambre a adopté le 1^{er} novembre 1995, le Comité étudie le Budget des dépenses supplémentaire (A) (Santé, crédits 1a, 5a, 10a, 20a et 25a).

Robert Lafleur fait une déclaration et, avec Orvel Marquardt, Claire Franklin, Weldon Newton et Esther Kwavnick, répond aux questions.

À 10 h 25, le Comité suspend ses travaux.

À 10 h 30, le Comité reprend ses travaux.

The Chair called Vote 1a under HEALTH.

Sharon Hayes moved,—That Vote 1a in the amount of \$37,497,066.00 be reduced in the amount of \$25,399,000.00 (Operating Budget carry forward).

The question being put on the motion, it was, by a show of hands, negatived: YEAS: -2; NAYS: -5.

Vote 5a carried;

Vote 10a carried;

Vote 20a carried;

Vote 25a carried.

It was agreed,—That the Chair report the Main Estimates to the House.

Ordered,—That the Chair report Votes 1a, 5a, 10a, 20a and 25a under HEALTH to the House.

It was agreed,—That representatives from the Medical Research Council be invited to appear before the Standing Committee when it undertakes its review of the Main Estimates for 1996-97 during the spring of 1996.

It was agreed,—That the Standing Committee on Health authorize the allocation of sufficient funds from its budget to the Sub-Committee on Bill C-95 for the payment of reasonable travel and living expenses to witnesses appearing before the Sub-Committee, in accordance with the guidelines adopted by the Main Committee.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

Le président met en délibération le crédit 1a, sous la rubrique SANTÉ.

Sharon Hayes propose—Que le crédit 1a, au montant de 37 497 066,00\$, soit réduit de 25 399 000,00\$ (Report du budget de fonctionnement).

La motion, mise aux voix par vote à main levée, est rejetée par 5 voix contre 2.

Le crédit 5a est adopté.

Le crédit 10a est adopté.

Le crédit 20a est adopté.

Le crédit 25a est adopté.

Il est convenu—Que le président fasse rapport du Budget des dépenses principal à la Chambre.

Il est ordonné—Que le président fasse rapport à la Chambre des crédits 1a, 5a, 10a, 20a et 25a, sous la rubrique SANTÉ.

Il est convenu—Que des représentants du Conseil de recherches médicales soient invités à comparaître devant le Comité permanent lorsqu'il procédera à l'examen du Budget des dépenses principal pour 1996-1997 au printemps de 1996.

Il est convenu—Que le Comité permanent de la santé accorde, à même son budget, suffisamment de fonds au Sous-comité chargé du projet de loi C-95 pour lui permettre de défrayer ses témoins des dépenses de déplacement et de séjour raisonnables conformément aux directives adoptées par le Comité principal.

À 11 heures, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

TÉMOINS

Le jeudi 2 novembre 1995 (Séance n° 66)

Santé Canada:

Susan Beaubier, agent de programme,
Services de santé des Indiens et
des populations du Nord,
Direction générale des services médicaux;

Michèle Bourque, agent de programme,
Services de santé des Indiens et
des populations du Nord,
Direction générale des services médicaux;

Esther Kwavnick, directrice associée,
Division de l'enfance et de la jeunesse;

Catherine Lane, directrice générale,
Direction de la santé de la population;

Kay Stanley, sous-ministre adjoint,
Direction générale de la promotion et des
programmes;

Brian Ward, directeur,
Division de l'enfance et de la jeunesse.

Le mardi 7 novembre 1995 (Séance n° 67)

*Direction générale de la protection de la
santé, Santé Canada:*

Margaret Cheney, chef, Division d'évaluation en
nutrition, Direction des aliments;

D^r Andy Gilman, chef, Division des effets sur la
santé du plan d'action pour les grands Lacs,
Direction de l'hygiène du milieu;

Roy Hickman, directeur général,
Direction de l'hygiène du milieu;

D^r Felix Li, directeur suppléant,
Bureau des maladies cardiorespiratoires et
pulmonaires,
Laboratoire de lutte contre la maladie;

D^r Joe Losos, directeur général,
Laboratoire de lutte contre la maladie;

D^r Rick Mathias, directeur suppléant,
Bureau de la surveillance et Épidémiologie,
Laboratoire de lutte contre la maladie.

D^{re} Catherine McCourt, directrice suppléante,
Bureau de la santé génésique et de la santé
de l'enfant, Laboratoire de lutte contre la
maladie;

Richard Viau, directeur, Programme de la sécurité
des produits, Direction de l'hygiène du
milieu;

Le mardi 21 novembre 1995 (Séance n° 69)

Santé Canada:

Claire Franklin, directrice exécutive,
Agence de réglementation de la lutte
antiparasitaire;

Esther Kwavnick, directrice associée,
Division de l'enfance et de la jeunesse,
Direction générale de la promotion et des
programmes de santé;

Robert Lafleur, SMA Principal,
Direction générale des services de gestion;

Orvel Marquardt, directeur général,
Direction de la planification ministérielle
et de l'administration financière;

Weldon Newton, directeur général,
Direction des services de gestion et
des services aux programmes,
Direction générale de la protection de la
santé.

WITNESSES

Thursday, November 2, 1995 (Meeting No. 66)

Health Canada:

Susan Beaubier, Program Officer,
First Nations and Inuit Health Programs
Directorate, Medical Services Branch;

Michèle Bourque, Program Officer,
First Nations and Inuit Health Programs
Directorate, Medical Services Branch;

Esther Kwavnick, Associate Director,
Childhood and Youth Division;

Catherine Lane, Director General,
Population Health Directorate;

Kay Stanley, Assistant Deputy Minister,
Health Promotion and Programs Branch;

Brian Ward, Director,
Childhood and Youth Division.

Tuesday, November 7, 1995 (Meeting No. 67)

Health Protection Branch, Health Canada:

Margaret Cheney, Chief, Nutrition Evaluation
Division, Food Directorate;

Dr. Andy Gilman, Chief, Great Lakes Health
Effects Division, Environmental Health
Directorate;

Roy Hickman, Director General, Environmental
Health Directorate;

Dr. Felix Li, Acting Director, Bureau of
Cardio-respiratory and Lung Disease,
Laboratory Centre for Disease Control;

Dr. Joe Losos, Director General, Laboratory
Centre for Disease Control;

Dr. Rick Mathias, Acting Director, Bureau of
Surveillance and Field Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control;

Dr. Catherine McCourt, Acting Director, Bureau
of Reproductive and Child Health,
Laboratory Centre for Disease Control;

Richard Viau, Director, Product Safety Program,
Environmental Health Directorate.

Tuesday, November 21, 1995 (Meeting No. 69)

Health Canada:

Claire Franklin, Executive Director,
Pest Management Regulatory Agency;

Esther Kwavnick, Associate Director,
Childhood and Youth Division,
Health Promotion and Protection Branch;

Robert Lafleur, SADM Principal,
Corporate Services Branch;

Orvel Marquardt, Director General,
Financial Administration Directorate;

Weldon Newton, Director General,
Management and Programmes Services,
Health Protection Branch.

MAIL  **POSTE**

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste—lettre

**8801320
Ottawa**

If undelivered, return COVER ONLY to:

Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,

retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:

Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

28
139
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 34 (Meetings Nos. 70 and 71)

Tuesday, November 28, 1995

Tuesday, December 5, 1995

Chairperson: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 34 (Séances n°s 70 et 71)

Le mardi 28 novembre 1995

Le mardi 5 décembre 1995

Président: Roger Simmons

Minutes of Proceedings of the Standing Committee on

Health

Procès-verbaux du Comité permanent de la

Santé

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on Preventive Strategies for Healthy Children

Pursuant to the Order of Reference received from the House on Wednesday, November 8, 1995, consideration of a report from the Sub-Committee on Bill C-95

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude sur les stratégies de prévention axées sur la santé des enfants

Conformément à l'ordre de renvoi reçu de la Chambre le mercredi 8 novembre 1995, considération du rapport du Sous-comité sur le projet de loi C-95

WITNESSES:

(See end of document)

TÉMOINS:

(Voir fin du document)



STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Chairperson: Roger Simmons

Vice-Chairmen: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Members

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Associate Members

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

Nancy Hall

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Président: Roger Simmons

Vice-présidents: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Membres

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Membres associés

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

La greffière du Comité

Nancy Hall

REPORT TO THE HOUSE

Wednesday, December 6, 1995

The Standing Committee on Health has the honour to present its

SEVENTH REPORT

In accordance with its Order of Reference of Wednesday, November 8, 1995, your Committee has considered Bill C-95, An Act to establish the Department of Health and to amend and repeal certain Acts, and have agreed to report it with amendments.

New Clauses 23.1 and 23.2

Add, immediately after line 15, at page 8, the following:

“**23.1** The definition “inspector” in section 2 of the *Food and Drugs Act* is replaced by the following:

“inspector” means any person designated as an inspector for the purpose of the enforcement of this Act under subsection 22(1) of this Act or the *Department of Agriculture and Agri-Food Act*;

23.2 Section 27 of the Act is replaced by the following:

27.(1) Where an inspector has seized an article under this Part and its owner or the person in whose possession the article was at the time of seizure consents to its destruction, the article is thereupon forfeited to Her Majesty and may be destroyed or otherwise disposed of as the Minister or the Minister of Agriculture and Agri-Food may direct.

(2) Where a person has been convicted of a contravention of this Act or the regulations, the court or judge may order that any article by means of or in relation to which the offence was committed, and any thing of a similar nature belonging to or in the possession of the accused or found with the article, be forfeited and, on the making of the order, the article and thing are forfeited to Her Majesty and may be disposed of as the Minister or the Minister of Agriculture and Agri-Food may direct.

(3) Without prejudice to subsection (2), a judge of a superior court of the province in which any article is seized under this Part may, on the application of an inspector and on such notice to such persons as the judge directs, order that the article and any thing of a similar nature found therewith be forfeited to Her Majesty, to be disposed of as the Minister or the Minister of Agriculture and Agri-Food may direct, if the judge finds, after making such inquiry as the judge considers necessary, that the article is one by means of or in relation to which any of the provisions of this Act or the regulations have been contravened.”

Clause 32

Strike out lines 20 to 22, at page 11, and substitute the following therefor:

“shall be read as a reference to the Minister of Health unless the context otherwise requires or unless the relevant

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le mercredi 6 décembre 1995

Le Comité permanent de la santé a l'honneur de présenter son

SEPTIÈME RAPPORT

Conformément à son ordre de renvoi du mercredi 8 novembre 1995, votre Comité a étudié le projet de loi C-95, Loi constituant le ministère de la Santé et modifiant ou abrogeant certaines lois, et a convenu d'en faire rapport avec modifications.

Nouveaux articles 23.1 et 23.2

Ajouter, immédiatement à la suite de la ligne 17, à la page 8, ce qui suit :

« **23.1** La définition de « inspecteur », à l'article 2 de la *Loi sur les aliments et drogues*, est remplacée par ce qui suit :

« inspecteur » Personne désignée à ce titre conformément au paragraphe 22(1) ou à la *Loi sur le ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire* pour l'application de la présente loi.

23.2 L'article 27 de la même loi est remplacé par ce qui suit :

27. (1) Le propriétaire ou le dernier possesseur de l'article saisi en application de la présente partie peut consentir à sa destruction. L'article est dès lors confisqué au profit de Sa Majesté et il peut en être disposé, notamment par destruction, conformément aux instructions du ministre ou du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire.

(2) Sur déclaration de culpabilité de l'auteur d'une infraction à la présente loi ou à ses règlements, le tribunal ou le juge peut prononcer la confiscation, au profit de Sa Majesté, de l'article ayant servi ou donné lieu à l'infraction, ainsi que des objets de nature comparable dont l'auteur est le propriétaire ou le possesseur ou qui ont été trouvés avec cet article. Il peut dès lors être disposé de l'article et des objets conformément aux instructions du ministre ou du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire.

(3) Sans préjudice du paragraphe (2), le juge d'une cour supérieure de la province où l'article a été saisi en application de la présente partie peut, à la demande de l'inspecteur, ordonner que soient confisqués au profit de Sa Majesté l'article et les objets de nature comparable trouvés avec cet article et qu'il en soit disposé conformément aux instructions du ministre ou du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire. Cette ordonnance est subordonnée à la transmission du préavis prescrit par le juge aux personnes qu'il désigne et à la constatation par ce dernier, à l'issue de l'enquête qu'il estime nécessaire, du fait que l'article a servi ou donné lieu à une infraction à la présente loi ou à ses règlements. »

Article 32

Retrancher les lignes 24 et 25, à la page 11, et les remplacer par ce qui suit :

« merciales vaut mention du ministre de la Santé, sauf indication contraire du contexte ou attribution de la

power, duty or function has been assigned to another minister.”

Strike out lines 27 to 29, at page 11, and substitute the following therefor:

“Parliament shall be read as a reference to the Minister of Health, unless the context otherwise requires or unless the relevant power, duty or function has been assigned to another minister.”

Clause 34

Strike out lines 11 to 13, at page 12, and substitute the following therefor:

“Parliament shall be read as a reference to the Department of Health, unless the context otherwise requires or unless the relevant power, duty or function has been assigned to a minister other than the Minister of Health.”

Clause 35

Strike out lines 20 to 24, at page 12, and substitute the following therefor:

“*thereof*, is assented to, then

(a) on the later of the day on which section 2 of that Act comes into force and the day on which section 2 of this Act comes into force, the definition “Minister” in subsection 2(1) of that Act is replaced by the following:

“Minister” means the Minister of Health;

(b) on the later of the day on which section 93 of that Act comes into force and the day on which paragraph 32(1)(j) of this Act comes into force, paragraph 32(1)(j) of this Act is repealed.”

Your Committee has ordered a reprint of Bill C-95, as amended, as a working copy for the use of the House of Commons at the report stage.

A copy of the Minutes of Proceedings relating to this Bill (*Issue No. 34, which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

responsabilité en cause à un autre ministre. »

Retrancher les lignes 29 à 31, à la page 11, et les remplacer par ce qui suit :

« être social vaut mention du ministre de la Santé, sauf indication contraire du contexte ou attribution de la responsabilité en cause à un autre ministre .»

Article 34

Retrancher les lignes 11 à 13, à la page 12, et les remplacer par ce qui suit :

« Bien-être social vaut mention du ministère de la Santé, sauf indication contraire du contexte ou attribution de la responsabilité en cause à un ministre autre que le ministre de la Santé. »

Article 35

Retrancher les lignes 21 à 24, à la page 12, et les remplacer par ce qui suit :

« *séquence* :

a) à l'entrée en vigueur de l'article 2 de ce projet de loi ou à celle de l'article 2 de la présente loi, la dernière en date étant retenue, la définition de « ministre », au paragraphe 2(1) de ce projet de loi, est remplacée par ce qui suit :

« ministre » Le ministre de la Santé.

b) à l'entrée en vigueur de l'article 93 de ce projet de loi ou à celle de l'alinéa 32(1)(j), la dernière en date étant retenue, cet alinéa est abrogé. »

Votre comité a ordonné la réimpression du projet de loi C-95, tel que modifié, pour servir de document de travail à la Chambre des communes à l'étape du rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux relatifs à ce projet de loi (*fascicule n° 34 qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

ROGER SIMMONS,

Chairman.

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 28, 1995
(Meeting No. 70)

[Text]

The Standing Committee on Health met *in camera* at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons and Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to consideration of a draft workplan in relation to its study on Preventive Strategies for Healthy Children (*See Minutes of Proceedings, dated Thursday, November 2, 1995, Issue No. 33*).

It was agreed, — That the draft workplan relating to the study on Preventive Strategies for Healthy Children be adopted as amended.

It was agreed, — That the Chair be instructed to write to the Minister of Health and the Government House Leader regarding the recommendations made to the Committee by the Subcommittee on Bill C-7.

It was agreed, — That the Clerk be instructed to write to Health Canada asking for an update on the status of the effect of water chlorination on human health.

At 10:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, DECEMBER 5, 1995
(Meeting No. 71)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 536 Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott and Roger Simmons.

Acting Member present: Rex Crawford for Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Institute for Child Health: Graham Chance, Chair; Denise Avard, Executive Director. *From the Canadian Institute of Advanced Research:* Professor Dan Keating, Director, Human Development Program.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of a study on Preventive Strategies for Healthy Children (*See Minutes of Proceedings, dated Thursday, November 2, 1995, Issue No. 33*).

Denise Avard and Graham Chance made an opening statement and answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 28 NOVEMBRE 1995
(Séance n° 70)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui, à huis clos à 9 h 05, dans la salle 536 de l'immeuble Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Harold Culbert, Hedy Fry, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons et Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité étudie un plan de travail pour son étude des stratégies préventives pour les enfants en santé (*Voir le Procès-verbal du jeudi 2 novembre 1995, fascicule n° 33*).

Il est convenu, — Que l'ébauche du plan de travail modifiée, pour l'étude sur les stratégies préventives pour les enfants en santé, soit adoptée.

Il est convenu, — Qu'ordre soit donné au président d'écrire au ministre de la Santé et au leader du gouvernement à la Chambre concernant les recommandations que le Sous-comité chargé du projet de loi C-7 a faites au Comité.

Il est convenu, — Qu'ordre soit donné à la greffière d'écrire au ministère de la Santé pour demander une mise à jour des effets de la chloration de l'eau sur la santé.

À 10 heures, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 5 DÉCEMBRE 1995
(Séance n° 71)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui, à 9 h 15, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott et Roger Simmons.

Membre suppléant présent: Rex Crawford pour Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

Témoins: De l'Institut de la santé infantile: Graham Chance, président; Denise Avard, directrice administrative. *De l'Institut canadien sur la recherche avancée:* professeur Dan Keating, directeur, Programme sur le développement humain.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité poursuit une étude sur les stratégies de prévention axées sur la santé des enfants (*Voir le Procès-verbal du jeudi 2 novembre 1995, fascicule n° 33*).

Denise Avard et Graham Chance font une déclaration préliminaire et répondent aux questions.

Dan Keating made an opening statement and answered questions.

Pursuant to the Order of Reference received from the House, dated November 8, 1995, and the motion adopted by the Committee on November 7, 1995, which stated that upon presentation of the report of the Sub-Committee on Bill C-95, it be deemed adopted, the Chairman declared the Report of the Sub-Committee duly adopted with amendment, and requested that Andy Scott present it to the House as the Committee's Seventh Report.

It was agreed, — That the First Report of the Sub-Committee on HIV/AIDS reviewing the National AIDS Strategy be adopted as the Committee's Eighth Report to the House and that on behalf of the Chair, the Chair of the Sub-Committee on HIV/AIDS be instructed to present it to the House when it is printed.

It was agreed, — That the Committee authorize the printing of a brief dissenting opinion from the Reform Party of Canada, as appended to the First Report of the Sub-Committee on HIV/AIDS.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to the Report within one hundred and fifty (150) days.

It was agreed, — That the researchers and clerk be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the Draft Report.

It was agreed, — That the Chair of the Sub-Committee on HIV/AIDS be authorized to issue a press release and/or hold a press conference following the presentation of the Report to the House of Commons.

It was agreed, — That in addition to the 350 copies printed by the House, the Committee print 650 additional copies of the Report.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

Dan Keating fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Conformément à l'ordre de renvoi reçu de la Chambre le 8 décembre 1995, le Comité avait adopté le 7 novembre 1995 une motion en prévision de la réception de l'ordre, laquelle déclarait que le rapport du Sous-comité sur le projet de loi C-95 serait adopté d'office à sa présentation. Par conséquent, le président déclare le rapport du Sous-comité adopté avec amendement et il demande à Andy Scott de le présenter à la Chambre à titre de septième rapport du Comité.

Il est convenu, — Que le premier rapport du Sous-comité sur le VIH/SIDA relatif à l'examen de la Stratégie nationale sur le SIDA soit adopté à titre de huitième rapport du Comité et que le président du Sous-comité soit chargé, au nom du président du Comité, de le présenter à la Chambre lorsqu'il aura été imprimé.

Il est convenu, — Que le Comité autorise l'impression d'une brève déclaration dissidente du Parti réformiste du Canada en annexe au premier rapport du Sous-comité sur le VIH/SIDA.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport dans un délai de cent cinquante (150) jours.

Il est convenu, — Que les attachées de recherche et la greffière soient autorisées à apporter les changements typographiques et autres jugés nécessaires sans changer le fond du projet de rapport.

Il est convenu, — Que le président du Sous-comité sur le VIH/SIDA soit autorisé à publier un communiqué ou à tenir une conférence de presse à la suite de la présentation du rapport à la Chambre des communes.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 650 exemplaires supplémentaires du rapport en plus des 350 exemplaires imprimés par la Chambre.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

La greffière du Comité

Nancy Hall

WITNESSES

Tuesday, December 5, 1995
(Meeting No. 71)

Canadian Institute of Advanced Research:

Canadian Institute for Child Health:

Denise Avar, Executive Director;

Graham Chance, Chair.

Professor Dan Keating, Director, Human
Development Program.

TÉMOINS

Le mardi 5 décembre 1995
(Séance n^o 71)

Institut canadien de la santé infantile:

Denise Avard, directrice administrative;

Graham Chance, président.

Institut canadien sur la recherche avancée:

Professeur Dan Keating, directeur, Programme
sur le développement humain.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste – lettre

8801320

OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,

retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:

Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 35 (Meeting No. 71)

Tuesday, December 5, 1995

Chairperson: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 35 (Séance n° 71)

Le mardi 5 décembre 1995

Président: Roger Simmons

Minutes of Proceedings of the Standing Committee on

Health

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study
on Preventive Strategies for Healthy Children

INCLUDING:

The First Report of the Sub-Committee on HIV/AIDS

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement,
considération d'une étude sur les stratégies de prévention
axées sur la santé des enfants

Y COMPRIS:

Le Premier rapport du Sous-comité sur le VIH/SIDA

WITNESSES:

(See end of document)

TÉMOINS:

(Voir fin du document)



STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Chairperson: Roger Simmons

Vice-Chairmen: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Members

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Ovid L. Jackson
Bernard Patry
Pauline Picard
Paul Szabo
Andy Scott
Roger Simmons

Associate Members

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

SUB-COMMITTEE ON HIV/AIDS

Chairperson: Bernard Patry

Members

Harold Culbert
Hedy Fry
Sharon Hayes
Ovid L. Jackson
Réal Ménard
Bernard Patry
Svend J. Robinson
Rose-Marie Ur

Nancy Hall

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Président: Roger Simmons

Vice-présidents: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Membres

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Ovid L. Jackson
Bernard Patry
Pauline Picard
Paul Szabo
Andy Scott
Roger Simmons

Membres associés

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

SOUS-COMITÉ SUR LE VIH/sida

Président: Bernard Patry

Membres

Harold Culbert
Hedy Fry
Sharon Hayes
Ovid L. Jackson
Réal Ménard
Bernard Patry
Svend J. Robinson
Rose-Marie Ur

La greffière du Comité

Nancy Hall

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada, Ottawa,
Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa,
Canada K1A 0S9



**A STUDY OF THE NATIONAL AIDS STRATEGY:
REPORT OF THE SUB-COMMITTEE ON HIV/AIDS**

**December 5, 1995
Standing Committee on Health**



Publications Service

**A STUDY OF THE NATIONAL AIDS STRATEGY:
REPORT ON THE SUB-COMMITTEE ON HIV/AIDS**

**December 5, 1995
Standing Committee on Health**

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

The Standing Committee on Health

has the honour to present its

EIGHTH REPORT

Pursuant to Standing Orders 108(1) and 108(2), the Standing Committee on Health, created a Sub-Committee on HIV/AIDS in November 1994. The Sub-Committee's first report on its study of the National Aids Strategy was concurred in by the Standing Committee and we have agreed to report to the House as follows:

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS	ix
INTRODUCTION	1
HIV/AIDS EPIDEMIOLOGY	2
A. Canada	2
B. United States	4
C. World	4
LEADERSHIP, COORDINATION AND PARTNERSHIP	5
A. National Leadership	5
B. National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS)	7
C. International Leadership	8
THE STRATEGY'S BUDGET	10
A. Total Budget of the Strategy	10
B. Role of the Private Sector	14
COMMUNITY ACTION	15
EDUCATION AND PREVENTION	19
A. Barriers to Effectiveness of Prevention Measures	21
B. General or Specific Prevention?	23
CARE, TREATMENT AND SUPPORT	27
RESEARCH	32
A. Clinical Trials	33
B. Basic Research	37
COMPASSIONATE ACCESS	41
POVERTY AND DISCRIMINATION	45
A. Poverty	45
B. Discrimination	48
 REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	 51
 APPENDIX A — List of witnesses	 53
 THE REFORM PARTY DISSENTING OPINION ON THE STUDY OF THE NATIONAL AIDS STRATEGY	 57

LIST OF ABBREVIATIONS

AANI:	AIDS Action Now!
ACAP:	AIDS Community Action Program (Health Canada)
AIDS:	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AZT:	Zidovudine
CAHR:	Canadian Association for HIV/AIDS Research
CANFAR:	Canadian Foundation for AIDS Research
CAS:	Canadian AIDS Society
CBC:	Canadian Broadcasting Corporation
CFPC:	College of Family Physicians of Canada
CHS:	Canadian Haemophilia Society
CIDA:	Canadian International Development Agency
CMA:	Canadian Medical Association
CNA:	Canadian Nurses Association
COCQ-SIDA:	<i>Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida</i>
CPAVIH:	<i>Comité des personnes atteintes du VIH du Québec</i>
CPHA:	Canadian Public Health Association
CSC:	Correctional Service Canada
CTN:	Canadian HIV Trials Network
EDRP:	Emergency Drug Release Program (Health Canada)
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
HPSB:	Health Programs and Services Branch (Health Canada)

IDUs:	Injection Drug Users
MRC:	Medical Research Council of Canada
NAC-AIDS:	National Advisory Committee on AIDS
NAS:	National AIDS Strategy
NHRDP:	National Health Research and Development Program
PMAC:	Pharmaceutical Manufacturers' Association of Canada
R&D:	Research and Development
STDs:	Sexually Transmitted Diseases
UN:	United Nations
WHO:	World Health Organization

INTRODUCTION

The House of Commons Sub-Committee on HIV/AIDS was established by the Standing Committee on Health in November 1994, and directed specifically:

To study the spread of HIV and the prevention, treatment and support of persons infected or affected by HIV/AIDS, with special attention being given to the role of poverty and discrimination on the aforementioned matters.

At its first meeting, the Sub-Committee adopted a multi-stage approach. In Part One of the study, members of the Sub-Committee chose to examine the role played by the federal government in the fight against HIV/AIDS and agreed on the following terms of reference:

To examine the health issues surrounding HIV/AIDS (research, education and prevention initiatives, the provision of care and treatment for persons with HIV/AIDS, and support for both persons with HIV/AIDS and their caregivers) with the purpose of identifying weaknesses and strengthening response through the National AIDS Strategy.

The Sub-Committee took the following approach to carrying out the first part of its study:

1. Obtaining an overview of Phase II of the National AIDS Strategy from the Minister of Health as well as from Health Canada officials;
2. Obtaining views and experiences on Phase II of the National AIDS Strategy from national organizations active in the field of HIV/AIDS; and
3. Identifying the strengths and weaknesses of programs implementing Phase II.

Second, it was decided that poverty and discrimination would receive special attention following the review of the federal HIV/AIDS policy. The Sub-Committee's approach will involve:

1. Identifying how poverty, discrimination and related concerns hinder the delivery of AIDS education and prevention initiatives, treatment and support to marginalized groups such as gays, lesbians and bisexuals, injection drug users, low-income women and their children, street kids, prostitutes, Aboriginal peoples, prisoners and others; and
2. Identifying specific issues and approaches that would lead to solutions, particularly at the federal level, with respect to areas such as human rights protection and income support.

During this process, the Sub-Committee was informed that access to experimental drugs was an important factor in the treatment of persons with HIV/AIDS and the Sub-Committee decided it will focus particular attention on this issue.

This is the Sub-Committee's first report and completes the first component of its mandate to study the National AIDS Strategy. Hearings were held from 14 December 1994 to 31 May 1995. As shown in Appendix A, a wide range of witnesses appeared before the Sub-Committee, including the federal Minister of Health, senior federal officials, individuals and national and community organizations involved in the fight against HIV/AIDS in Canada, organizations representing health care professionals, and some private sector firms.

The Sub-Committee's report touches briefly on the epidemiology of HIV and AIDS in Canada and throughout the world. It looks at the specific components of the National AIDS Strategy: leadership, coordination and partnership; the budget for the Strategy; community action; education and prevention; care, treatment and support; and research. Finally, the report provides a summary of testimony received so far on the issues of compassionate access to experimental drugs and poverty and discrimination.

HIV/AIDS EPIDEMIOLOGY

A. Canada

As of the end of December 1994, a cumulative total of 10,689 cases of AIDS had been reported in Canada, and of this number 7,471 people had died. Adjusting for under-reporting and reporting delays, the Division of HIV/AIDS Epidemiology at Health Canada believes that, by the end of 1993, the true number of AIDS cases diagnosed in Canada was approximately 14,000;¹ and, they estimate this number may have grown to 15,000 by the first quarter of 1995.² According to David Garmaise, Executive Director, Canadian AIDS Society (CAS):

It took us fifteen years to get to 15,000 cases. We expect another 15,000 in the next five years. The number of cases is increasing faster among women and injection drug users than among any other group.³

It can take 10 years or more before a person with HIV infection becomes ill and is diagnosed with AIDS. Accordingly, today's AIDS statistics only reveal where the epidemic was a decade ago. The provinces have different policies regarding HIV reporting, and as a result an accurate estimate of the number of Canadians who are HIV-positive is not

¹ Health Canada, Laboratory Centre for Disease Control, *Quarterly Surveillance Update: AIDS in Canada*, Ottawa, January 1995, 30 pages.

² Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 3.

³ House of Commons, *Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee on HIV/AIDS of the Standing Committee on Health*, Issue No. 2, p. 4 (hereafter referred to by issue number and page number only).

available; however, experts place the number of infected at between 30,000 and 55,000,⁴ or conservatively one in every 1,000 Canadians.

During the late 1980s, the incidence of new HIV infections began a steady decline among gay and bisexual men. Today, however, the incidence rate appears to be on the rise again and is higher among young gay men and bisexuals than among older gay men. The face of HIV is also changing. Today, the most rapid increase in new HIV infections is occurring among women and injection drug users (IDUs). In Ontario, where there is a network of anonymous HIV-testing sites, between 110 and 120 people test positive each month; of these, 9.1% are women as compared to 1.3% in 1985-86. In Alberta and B.C., women comprise nearly 10% of those testing positive. HIV prevalence rates among pregnant women in Newfoundland and Quebec are considerably higher than in the rest of Canada.⁵ As of 31 December 1994, 19.5% of all diagnosed AIDS cases in Newfoundland were women.⁶

Among the reported 10,059 cases of AIDS among men, 2.5% indicated that IDU use was the sole activity that placed them at risk for contracting HIV, while an additional 3.9% identified both IDU and sex with men. Of the 630 female cases of AIDS, 12.7% were IDUs.⁷ When IDUs are examined as a group, the statistics are quite alarming. In Toronto, in one group of IDUs who were receiving treatment for their addiction, 9% were HIV-positive. Studies conducted in Montreal between 1991 and 1993 showed seroprevalence rates of between 15.2 and 16.4%. In Vancouver, the number of HIV-positive IDUs tripled in a one year period (summer 1993 to summer 1994), and similar increases have been noted in other parts of B.C.⁸ Studies in provincial prisons have revealed HIV prevalence rates of 5-7% in Quebec, 1.1% in B.C. and 1.0% in Ontario. These rates reflect the high numbers of IDUs incarcerated in Canadian prisons.

The Sub-Committee is of the view that AIDS will continue to spread in Canada in the years to come and, therefore, it recommends:

⁴ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 4.

⁵ *Ibid.*

⁶ Health Canada Brief, January 1995.

⁷ *Ibid.*

⁸ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 5.

1. That Health Canada maintain an appropriate integrated AIDS Strategy with a corresponding budget.⁹

B. United States

American statistics reveal that as of the end of December 1994, there were 464,664 reported cases of AIDS. Accordingly, on a per capita basis, the U.S. incidence of AIDS is roughly four times greater than that of Canada. HIV/AIDS is moving into the heterosexual American population. The proportion of new AIDS cases involving heterosexual contact has gone up to over 9% from 1.9% in 1985. Further, IDU and homosexual activity could not be identified as risk factors in nearly half of these new cases. There are presently many more men than women infected with HIV, however, the growth rate of AIDS cases among women is about 50% higher than that among men. If this large differential is maintained, the gap in numbers between male and female AIDS cases will narrow. In its brief to the Sub-Committee, the Canadian AIDS Society pointed out that while the spread of HIV is still linked to high-risk behaviours, it is no longer confined to those groups perceived to be traditionally at risk. The CAS warned that Canada may experience the same trends identified in the U.S. "if we don't step up our efforts and aggressively confront HIV with appropriate preventive measures."¹⁰

C. World

Worldwide there are an estimated 4.5 million cases of AIDS and an estimated 19.5 million cases of HIV infection. By the year 2000, it is expected that there will be 10 million AIDS cases. There are 6,000 new cases of HIV infection every day, and 75-85% of these occur in developing countries; by the year 2000, this percentage is expected to rise to 85-90%. To date, Africa has been the hardest hit continent, with over 10 million HIV infections. In some large African cities, the virus is present in more than one-third of the sexually-active population. There are an estimated 2.5 million HIV-infected people in Asia; however, the rate of spread is fastest here, and Asia is expected to "catch up" with Africa by the year 2000.¹¹ Unlike North America and Europe, AIDS in Africa and Asia is overwhelmingly concentrated among sexually-active heterosexuals.

⁹ The Bloc Québécois believes that the report should state forcefully and specifically that it is crucial to maintain an integrated strategy against AIDS, complete with a global reserve budget. This necessarily involves the implementation of a Phase III under the current National AIDS.

¹⁰ *Ibid.*, p. 5-6.

¹¹ *Ibid.*, p. 6.

LEADERSHIP, COORDINATION AND PARTNERSHIP

A. National Leadership

It is a well-known fact that cooperation and partnership help prevent overlap and duplication and make it possible to benefit from experience and past success. To be effective, partnership must be based on solid coordination and sustained leadership. In her testimony,¹² the Minister of Health emphasized the fact that one of the major themes of Phase II of the National AIDS Strategy (NAS) is partnership. She indicated that the federal government is providing national leadership through discussions at meetings with provincial counterparts and exchanges at meetings of the Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on HIV/AIDS. The federal government, she said, is striving to consolidate existing partnerships and to encourage new ones. Ms. Marleau¹³ also stated that all the other partners — including non-governmental organizations (or national partners), community organizations, researchers, physicians and other caregivers, persons living with HIV/AIDS and even the private sector — have an important role to play in the fight against the AIDS epidemic.

However, the Canadian AIDS Society (CAS) feels that neither the Minister of Health nor the National AIDS Secretariat are providing leadership. In its brief, the CAS criticized this lack of leadership at a number of levels.¹⁴ For example, the CAS was opposed to the fact that the Minister had done nothing when the Department of Defence wanted to dismiss Simon Thwaites because he was HIV-positive. The Society was also indignant that the Minister did not object to the idea of mandatory screening of Alberta health workers. Furthermore, it said it regretted that the federal government had not exercised leadership in developing an action plan for injection drug users, even though the incidence of HIV among that group is skyrocketing. The CAS also said that Health Canada was not acting on the recommendations contained in the reports of task forces and conferences on AIDS; the federal government, it explained, is limiting its action to drafting reports and preparing conferences instead of implementing specific strategies. The CAS argued:

The federal government seems to be much better at organizing conferences and issuing reports than it is at mobilizing governments, organizations and people to implement specific strategies, or at speaking out on key issues.¹⁵

The five major partners said they had not understood why the Minister had refused to fund a research proposal that they had submitted together. In particular, the CAS stated:

¹² Hon. Diane Marleau, Minister for Health Canada, Address to the Sub-Committee, 8 February 1995, p. 1.

¹³ *Ibid.*, p. 4.

¹⁴ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 8-12.

¹⁵ *Ibid.*, p. 12.

That the proposal was rejected, without even discussing it with the national partners, sends out very negative messages about the government's commitment to AIDS research and to the concept of partnership.¹⁶

In the view of the CAS, the National AIDS Secretariat is largely responsible for the lack of leadership and coordination. It should bring stakeholders together, discuss concerns, reach a consensus and develop strategies. Despite the fact that the Secretariat and the five major partners meet every three months,¹⁷ the CAS feels that stakeholders are not really being consulted: the result is a lack of leadership, coordination, vision and concrete orientations, as well as a lack of specific objectives and goals.

The Canadian Haemophilia Society (CHS) shares the same view. In her appearance, Durhane Wong-Rieger, President of CHS, stated that the absence of clear policies is the Strategy's major weakness. Nevertheless, she said:

We think there needs to be outcome-oriented specific policies that can then allow us to ensure that we have coordinated programs. I think that as one of the five national partners we have never had a clear sense as to what the outcomes of the national AIDS strategies are. We don't know what the fundamental principles are. We don't know what the Strategy is trying to achieve. We don't even know what the priorities of the Strategy are. We feel this is critical . . . to avoid competition, duplication, and certainly to foster the kind of cooperation across programs within the government, and across the NGOs and the community groups, so that we can have that synergistic kind of impact that's necessary. (5:7)

According to Ms. Wong-Rieger, the Strategy's programs are not well coordinated. The pilot projects were not funded with the provinces' cooperation, as a result of which there are no guarantees they will be maintained or taken over by others. Nor is there any guarantee, even though the federal government provides funding for the development of guidebooks for professionals, that guidelines and advice will be followed or that the provinces and their health systems will adopt them. To Ms. Wong-Rieger's mind, the struggle against the HIV/AIDS epidemic could be much more effective if there were a more concerted effort and better orientation:

. . . we could also be more effective partners . . . if we had a better sense of the direction the government is going in. What are the priorities? What are the objectives of this National AIDS Strategy for the federal government? We also need to be in more continuous dialogue with the government in helping to craft those policies and those guidelines. (5:13)

¹⁶ *Ibid.*, p. 16.

¹⁷ Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Programs and Services Branch, Health Canada, Opening Remarks, 10 May 1995.

People living with HIV/AIDS have an important role to play in these partnerships. As Douglas Buckley-Couvrette, Director General of the *Comité des personnes atteintes du HIV du Québec* (CPAVIH) stated:

When we say we have ideas about stemming the spread of HIV, we are referring to the expertise of people living with HIV/AIDS about their own illness. They can share their expertise with the various players involved — including the pharmaceutical industry, attending physicians and the federal government, in an effort to develop policies to fight AIDS. So we are going for recognition of the expertise that exists in our community, particularly among people with HIV/AIDS.
(6:39)

On the whole, the witnesses who appeared before the Sub-Committee recognized that leadership, cooperation, partnership and coordination are the essential components of a sustained and sustainable national strategy. While the national partners and community groups have their own purposes, the roles of the federal government, Health Canada and the National AIDS Secretariat appear to be poorly defined, national leadership is quite weak and the Strategy's orientations, priorities and objectives should be clarified. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 2. That the federal government, through Health Canada, enhance its leadership capability in the fight against HIV/AIDS in Canada;**
- 3. That Health Canada and the National AIDS Secretariat define more clearly and play more effectively their respective roles in terms of coordinating the National AIDS Strategy;**
- 4. That Health Canada, in cooperation with other stakeholders in the fight against HIV/AIDS, redefine the orientations, priorities, objectives and anticipated results of the National AIDS Strategy.**

B. National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS)

NAC-AIDS was created by the federal government. The Committee, which consists of 12 people, chosen for their expertise and experience in HIV/AIDS, has the mandate to advise the Minister of Health on priorities, policies and strategies for the National AIDS Strategy.¹⁸ The CAS informed the Sub-Committee that all the work carried out by NAC-AIDS is kept strictly secret. Its members are not allowed to share their work or their advice. The minutes of their meetings are not available. The CAS feels that the confidential

¹⁸ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 22.

nature of NAC-AIDS work and documents is not at all consistent with the partnership theme referred to on numerous occasions in the National AIDS Strategy.¹⁹

Dr. Catherine Hankins of the Canadian Association for HIV/AIDS Research (CAHR) has been a member of NAC-AIDS for eight years. She told Sub-Committee members the following:

That has been an incredibly frustrating experience because we have worked hard. We have prepared reports and developed a national strategy for drug users, a national strategy for women and another one on HIV. All of it has been put on the shelves somewhere. The Minister has refused to distribute these documents, even for discussion purposes, which, in my opinion, is totally unbelievable. . . the committee did its work *in camera*. Things should not have been done that way. (2:42)

NAC-AIDS could have a larger role to play under the strategy and the results of its activities deserve broader diffusion. Therefore, the Sub-Committee recommends:

5. **That the National Advisory Committee on AIDS participate fully in endeavours to redefine the orientations, priorities, objectives and anticipated results of the National AIDS Strategy;**
6. **That all the reports prepared by the National Advisory Committee on AIDS be made public for discussion purposes.**

C. International Leadership

When Phase II of the Strategy was announced, the federal government undertook to define an international component. When she appeared before the Sub-Committee, the Minister of Health stated that Canada is playing an international leadership role. Ms. Marleau indicated that she and the Prime Minister had attended the Paris AIDS Summit in December 1994. She also mentioned that the federal government is funding the international conferences in Montreal (1995) and Vancouver (1996). The Minister further stated that she had discussed HIV/AIDS-related problems with her counterparts from the United States and elsewhere at the 47th Assembly of the World Health Organization (WHO). She contended that Canada's attendance at such international meetings makes it possible to better coordinate efforts in the fight against AIDS, avoid duplication, promote the sharing of information and show that Canada is truly resolved to work toward the eradication of HIV/AIDS.²⁰

Witnesses nevertheless contended that the Strategy does not truly address the international component of the fight against AIDS. They said they were disappointed that

¹⁹ *Ibid.*, p. 22.

²⁰ Hon. Diane Marleau, Minister for Health Canada, Address to the Sub-Committee, 8 February 1995, p. 2.

the Strategy had only a national side and that the National AIDS Secretariat had no particular international role. For its part, the CAS informed the Sub-Committee that CIDA's work is not part of the Strategy and that, even though the Agency funds projects in Africa, it has financed no projects in Asia since 1989, despite the fact that the epidemic is spreading faster in Asia than anywhere else in the world.²¹ Nor, according to the CAS, is the federal government funding non-governmental organizations fighting against AIDS in the international arena.²²

Dr. Hankins (CAHR) stated that the federal government was not exercising leadership in international research, even though Canadians are contributing in a number of ways to the international research effort by acting as consultants for WHO and for the United Nations development program. According to Dr. Hankins, it is discouraging to see that these efforts are not coordinated or grouped together. She said there was no dialogue among participants, no table around which major game players could come together and share experiences. Canadian researchers are not internationally known despite their considerable expertise. The result, in her view, is that Canadians are under-represented in all the United Nations programs on AIDS. (2:38) The Canadian AIDS Society also discussed the lack of federal government coordination of biomedical research at the international level. It is important that researchers in Canada do not duplicate work being done in other countries, further:

It is essential to ensure that there are no gaps — i.e. that all research issues in basic science and clinical science are being addressed. Canada should be pushing for this.²³

On the whole, the lack of coordination of research efforts, community projects carried on outside Canada or innovative measures in the fight against AIDS developed by governments of other countries increases instances of overlap, inhibits the dissemination of information and does not reflect the efforts made by Canadians, researchers, volunteers or politicians — to combat the HIV/AIDS epidemic. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 7. That Health Canada develop, under the National AIDS Strategy, a specific international component making it possible for the department to cooperate more effectively at the international level and to help coordinate the efforts made by other countries in the fight against HIV/AIDS.**

²¹ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 21.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*, p. 21-22.

THE STRATEGY’S BUDGET

A. Total Budget of the Strategy

During her appearance, the Minister of Health recalled that, when the federal government had announced the Strategy would be renewed, it promised to pay \$40.7 million per year until March 1998, or \$203.5 million for the five years of the Strategy’s Phase II. The government further announced that a discretionary amount of up to \$1.5 million could be drawn on each year, over five years, from the Health Canada budget in order to meet emergencies that might arise during Phase II. The Minister of Health does not intend to use these funds unless such an emergency arises. She specified that she is not required to spend all of discretionary funds:

I am telling you now that unless all other AIDS funds have been used up and there is an emergency, I will not take the dollars from poor children, from aboriginals, from women’s health, or from women’s cancer. That’s what I would have to do, Mr. Chairman, and these are very difficult decisions. (1:16)

Taking into account all these discretionary funds, the total average annual amount that Health Canada could allocate to the fight against HIV and AIDS amounts to \$42.2 million (\$40.7 million + \$1.5 million). However, the Canadian AIDS Society stated that the federal government is not even spending the Strategy’s entire budget. In his testimony before the Sub-Committee, David Garmaise, Executive Director of the CAS, estimated that roughly \$1.75 million was not spent in 1993-94. (2:6) The Sub-Committee requested further details on the subject from Health Canada. The information provided by the department is summarized in the following table:

BUDGET OF PHASE II OF THE NATIONAL AIDS STRATEGY
(in millions of dollars)

COMPONENT	Average Annual Allocation	Actual Budget for 1993-94	Allocation for 1994-95	Allocation for 1995-96
Community Action	9.8	10.4	9.8	9.8
Education and Prevention	6.2	5.3	6.3	6.3
Research and Epidemiology	17.8	15.6	18.7	16.7
Care Support	5.4	3.3	8.6	6.4
Coordination and Collaboration	1.5	1.0	1.7	1.5
TOTAL	40.7	35.6	45.0	40.7

Source: According to information provided by Health Canada, February and May 1995.

In her letter of response, Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Programs and Services Branch (HPSB) (Health Canada), explained that Health Canada had deferred the Strategy's funds to the following year. The Strategy's total budget for 1993-94 thus amounted to \$35.6 million, which means that \$5.1 million (\$40.7 million - \$35.6 million) was not spent. Ms. Stanley stated that part of that amount, \$4.2 million, was carried forward to the 1994-95 fiscal year. That meant that \$0.9 million (\$5.1 million - \$4.2 million) was not spent at all. Furthermore, in 1993-94, Health Canada drew a total of \$650,000 from the discretionary funds (\$400,000 for the Vancouver Conference Organizing Committee and \$250,000 for the Pacific AIDS Resource Centre in Vancouver). Consequently, roughly \$850,000 (\$1.5 million - \$0.65 million) of the discretionary funds was not used. The two unspent amounts added together come to the unspent budget figure of \$1.75 million estimated by the CAS (\$0.9 million + \$0.85 million).

Considering the \$4.2 million deferred and the remaining discretionary funds of \$1.1 million, the total budget of the National AIDS Strategy should have reached \$46 million in 1994-95 (\$40.7 million + \$4.2 million + \$1.1 million). In another letter to the Sub-Committee, Health Canada indicated that the 1994-95 budget had amounted to about \$45 million and that the \$4.2 million had effectively been reprofiled.

Furthermore, during her appearance, Kay Stanley (HPSB) hastened to reassure the Sub-Committee that the Strategy's budget was not cut for 1995-96 under last February's budget, which, in her view, was a major achievement given the current state of the government's finances.²⁴ The Minister of Health, for her part, stated that, in light of budget difficulties, all federal programs are subject to a review designed to determine whether those programs still meet the public's needs and whether they can justifiably be considered as a federal activity. The National AIDS Strategy will be subject to this review:

While HIV/AIDS continues to be a priority for this government, its funding has to be examined like that of all other federal programs. I have already noted that it is unlikely that new monies will be available for HIV/AIDS. Given our fiscal situation, the challenge is not to spend every available dollar. It is to spend every dollar we do spend wisely. (1:10)

The Minister also suggested that the budget could be misspent and that she will try to prevent this type of situation:

. . . I have observed since I've been Minister of Health . . . as you see the end of the budget year come around . . . an attempt to spend all the money that's been allocated for that year, with all kinds of projects, some very good, some not so good. Frankly, for some I don't know whether it was such a great use of dollars. . . . Knowing the fiscal and budget realities, I think the idea is not to rush to spend

²⁴ Kay Stanley, Assistant Deputy Minister, Health Programs and Services Branch, Health Canada, Opening Remarks, 10 May 1995.

all the dollars that are there but to make sure that we have all the best possible programs and that we spend those dollars in the best possible way. (1:23-24)

It is unfortunate to see public funds misused when community AIDS organizations, for example, have no public funding when the demand for funding granted under the Strategy exceeds supply and when research expenditures are insufficient. The mid-term review provided under the Strategy's mandate is currently underway and should be completed by year-end. It is to be hoped that the review will help eliminate the misuse of funding earmarked for AIDS.

Most of the witnesses criticized the level of funding allocated by the federal government under the Strategy. For example, when Phase II of the Strategy was announced in 1993, the major national parties requested an average annual funding of at least \$55.3 million. This funding level was also endorsed by the Ad Hoc Committee on AIDS.²⁵ In addition, the CAS emphasized that Strategy funding was established several years ago, but the budget was not adjusted for inflation and has not been reviewed on the basis of the growing needs of the community organizations that provide care to persons living with HIV/AIDS. The CAS explained that, because of advances in treatment, people with AIDS are living longer, but this also means they require care and support for a longer period of time. The organizations' client load is rising steadily, but since their budgets have been cut, some must reconsider the services they offer.²⁶ The Canadian Public Health Association (CPHA) expressed a similar view in its brief and reiterated the recommendation that funding for the National AIDS Strategy be increased to \$55.35 million per year to meet the growing needs associated with the epidemic.²⁷

David Garmaise (CAS) believes it is essential that an investment be made immediately in order to avoid enormous costs later:

The choice that Canada faces is not whether to spend money on AIDS but when to spend it. We can allocate resources now to prevent the spread of HIV or we can spend a lot more down the road to treat people who become HIV-positive. It costs about \$100,000 to treat a case of AIDS. To treat 1,000 cases of AIDS, then, would cost \$100 million. (2:6)

If we consider the 15,000 new AIDS cases expected over the next five years, these costs and the necessary investment in health and HIV/AIDS could radically destabilize public finances in the near future. Only a decisive, early investment can prevent us from postponing the bill for 10 or 15 years.

²⁵ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 12.

²⁶ *Ibid.*, p. 13.

²⁷ Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 18.

The representatives of the *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida* (COCQ-SIDA) also felt the federal government was not allocating enough money to AIDS and were indignant that Health Canada is not spending all of the budget. In the view of a number of community organizations, not to spend the allocated budget is contradictory and even dangerous: “How can we believe that our governments are concerned with the public’s health when they boast of saving millions of dollars on health.”²⁸ The Coalition further stated:

The saving the federal government thinks it realized this year will multiply future expenditures by a factor of 10. A government that deprives its citizens of health care, a government that refuses to look at the situation square on, a government that deprives citizens by failing to introduce prevention campaigns is, in our view, an irresponsible government that does not heed the rights of its citizens.²⁹

The Coalition recommended that monies “saved” between 1993 and 1995 be redeployed for the 1995-96 fiscal year.

The Canadian Nurses Association (CNA) also recognized that it is hard to make choices within an increasingly limited health budget: “No one likes to ‘trade off’ or pit one disease against another, AIDS clients against cancer clients, the needs of children against the needs of the elderly.”³⁰ The Association nevertheless maintained that the federal government must uphold its commitment and not reduce the Strategy’s budget. It shared the CAS’s opinion that the question is not whether money must be spent on AIDS, but when. The federal government would be ill-advised at this point to withhold AIDS funding.

The Canadian Haemophilia Society (CHS) also emphasized that the federal government must not compromise the Strategy in the least and must provide adequate funding. This money must be allocated so as to facilitate cooperation rather than rivalry. Community groups and even the major partners often compete against each other for scarce resources. This situation works counter to the federal government’s intention to foster partnerships. Durhane Wong-Rieger, CHS, said she was disappointed by the Health Minister’s comments that there would not be any additional funds. (5:7)

Overall, witnesses agreed on the need for a sustained budget under the Strategy. Further, it is important that public resources be used properly. Therefore, the Sub-Committee recommends:

8. That Health Canada provide stable and continuing funding for the National AIDS Strategy by spending the full amount of budgeted funds during each fiscal year;

²⁸ *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 10.

²⁹ *Ibid.*, p. 12.

³⁰ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 9.

9. That the Minister of Health ensure that the funds earmarked for the National AIDS Strategy are properly managed.

B. Role of the Private Sector

When she appeared before the Sub-Committee, the Minister of Health indicated that the private sector was becoming increasingly involved in the fight against AIDS and she stated: "One of the major challenges that all partners must now meet is to find new ways to increase the private sector's role in this area."³¹ The private sector consists of businesses, foundations or individuals who are willing to provide financial donations or support in the form of products, services, knowledge, or time and energy as a volunteer. A paper produced by the National AIDS Secretariat and submitted to the Sub-Committee contends that the goal is not to reduce federal government support:

The concept of encouraging and discussing partnerships with the private sector represents not a diminishing but rather a strengthening of government commitment to national partners.³²

In Canada, human resources, that is volunteers, constitute the most active private initiative in the fight against HIV/AIDS. It is estimated that some 10,000 volunteers get involved every year at the community level, contributing almost 1,000,000 hours for a value of \$10 million.³³

Canada has also introduced a number of initiatives in which the foundations or corporations are involved in the fight against AIDS. The Canadian Foundation for AIDS Research (CANFAR) is a national organization for the support of AIDS research which raises funds from the private sector. Roger Bullock, General Manager of CANFAR, said that contributions come from varied sources, including individuals (in some instances, in memory of someone or bequests representing part or all of an estate), charitable foundations, corporations (in particular, insurance companies and the banks) or through fund-raising events organized by the Foundation. (3:5) Since its inception, CANFAR has funded 97 research projects for a total value of \$1.95 million. (3:6) Molson Breweries has also made a commitment to fight HIV and AIDS by introducing fund-raising projects. Molson contributes funding across Canada and, among other things, to Dancers For Life of Toronto benefits, the Kumbaya Music Festival and the "Walk for Life" in Montreal.

There are nevertheless barriers to private sector participation in the fight against AIDS in Canada. Many witnesses explained to Sub-Committee members that AIDS is a relatively

³¹ Hon. Diane Marleau, Minister of Health Canada, Speaking Notes, 8 February 1995, p. 4.

³² National AIDS Secretariat, Health Canada, *National AIDS Strategy - Toward Building Private Sector Partnerships: A Discussion Paper*, May 1994, p. 1.

³³ Charles Fremes, Corporate and Public Affairs, Molson Breweries Limited, oral presentation before the Sub-Committee, 31 May 1995.

new and still highly stigmatized disease. Most people do not yet consider themselves at risk and thus do not realize HIV's impact on society. Lastly, only a small portion of Canadians have been mobilized to take action to meet this challenge. It is therefore essential that the public be made aware of the impact of HIV and AIDS on society: approximately one in every 1,000 Canadians is infected with HIV and roughly one in 10,000 Canadians has AIDS. AIDS affects men, women and children in every social group. HIV creates needs that grow day by day as the epidemic progresses. "We're all living with AIDS."³⁴

Roger Bullock (CANFAR) indicated that the stigma still attached to HIV and AIDS makes it difficult to raise funds for research. He explained that companies are often looking for a return on their charitable investment and mere social responsibility or good will are generally not always sufficient arguments to convince them. (3:6) To convince the private sector and stimulate corporate participation, business- and marketing-related arguments should be used.

Witnesses also told members of the Sub-Committee that the lack of federal leadership has not convinced the private sector of the extent of AIDS. The National AIDS Secretariat admits that the onus is on the federal government, through its leadership and with the aid of national partners, to create the opportunities and the environment that will engender support and mobilize private sector involvement.³⁵ In addition, the Secretariat believes that further development and marketing skills to assist HIV/AIDS organizations in building and sustaining private sector support are required.³⁶ Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 10. That the federal government, through Health Canada, develop a communications strategy that publicly encourages initiatives by the private sector (businesses and individuals) in the fight against HIV/AIDS.**

COMMUNITY ACTION

There was unanimous agreement throughout the Sub-Committee's hearings on one particular point: community involvement has always been one of the greatest weapons against AIDS. The Sub-Committee was told on a number of occasions that prevention, promotion and support efforts are most successful when made at the grassroots level. Community organizations provide the most effective services both for preventing the

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

spread of HIV (education, promotion and prevention) and for helping those who are infected (care, treatment and support). Community groups know their public and their needs and clients feel comfortable turning to them.

The effectiveness of community work may be explained in large part by the fundamentally important role played by volunteers. AIDS Calgary, for example, has only 10 employees, but in fact is 350 strong. The other 340 are volunteers giving time and services. (2:7) Similarly, COCQ-SIDA indicated that all the community organizations in Quebec together had only 150 permanent employees, but more than 2,500 volunteers. The Coalition tried to put a dollar figure on the work of all these people and estimated that, for a \$667,800 investment by the federal government, nearly \$5 million worth of time was generously donated by this group (based on a wage of \$10 an hour).³⁷

The federal government encourages community participation. Through the AIDS Community Action Program (ACAP), Health Canada provides funds to community organizations and groups to enable them to conduct education, prevention, health promotion and community support and care activities. Tracey Donaldson, Manager of ACAP, Health Canada, stated the program's objectives:³⁸

1. To reach hard-to-reach groups whose activities place them at particular risk: street-involved youth, gay youth, injection drug users and their sexual partners, men who have sex with men, Aboriginal peoples, marginalized women, prison populations and ethnocultural groups;
2. To support activities that increase the capacity of people living with HIV/AIDS to manage their condition, to delay the onset of symptoms through learning, to improve their access to services, treatment, care and social support;
3. To foster the creation of supportive social environments by eliminating barriers such as discrimination, poverty, fear and stigma associated with HIV/AIDS, which prevents certain groups from enjoying good health and from having access to the services they need;
4. To strengthen community development; and
5. To strengthen collaboration among organizations.

ACAP provides two types of funding: project funding and operational funding. Project funding is provided at the local, regional and national levels, that is to say to both community organizations operating at the local and regional levels and national non-governmental organizations (such as the five major partners). ACAP's operational

³⁷ *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 5.

³⁸ Tracey Donaldson, Acting Manager, AIDS Community Action Program, Health Canada, Brief, 10 May 1995, p. 1-4.

funding is reserved for community groups only. Operational funding is used to fund the ongoing operation and daily operations of community action groups. It is used to maintain infrastructure, pay the salaries of community groups' staff and provide the working capital the organizations need to recruit, train and manage volunteers, develop their programs and deliver services. Project funding, on the other hand, is more temporary and intended for fairly specific activities. For example, Health Canada funded the *Maggies — Toronto Self-Help Prostitutes Project*, which is an information centre providing education and prevention services to sex trade workers in that city.³⁹ All proposals received by ACAP are subject to an external peer review process and pre-selected proposals then undergo departmental review.

When Phase II of the National AIDS Strategy was announced, the federal government stated that an average annual budget of \$7.5 million would be allocated to ACAP.⁴⁰ In 1993-94, the program's funding was increased to \$8.1 million as a result of a reallocation of funds from the care, treatment and support component's budget. Financial data for 1994-95 are not yet available. Furthermore, Barbara Jones of the AIDS Education and Prevention Unit, Health Canada, indicated that the total budget set aside for 1995-96 would be \$7.5 million.⁴¹

The national organizations and community groups that appeared before the Sub-Committee all underscored ACAP's importance for the communities. The community organizations very much need the project and operational funding they receive under ACAP. As the CAS noted, a number of those organizations in certain provinces receive no money from any other public funding source.⁴² The CAS also emphasized that Health Canada has shown considerable generosity toward the national organizations in the area of project funding.⁴³

However, witnesses felt that funding for community initiatives was inadequate. They explained that the community organizations' workload is increasing proportionally as the epidemic spreads, but not only has their funding not increased proportionally, it has, on the contrary, declined. For example, the Sub-Committee was informed that grants to AIDS Nova Scotia and the Nova Scotia Persons with AIDS Coalition were cut by \$20,000 and \$10,000 respectively in 1994-95, even though AIDS Nova Scotia's clientele increased by

³⁹ Health Canada, Briefing Notes: Women and AIDS (30 November 1994), *Briefing Book for the Sub-Committee on HIV/AIDS*, 14 December 1994.

⁴⁰ Health Canada, *National AIDS Strategy: Funding*, Fact Sheet, May 1994.

⁴¹ Barbara Jones, Chief, AIDS Education and Prevention Unit, Health Canada, Presentation to the Sub-Committee, 10 May 1995.

⁴² Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 14-15.

⁴³ *Ibid.*, p. 7.

82% and that of the Nova Scotia Persons with AIDS Coalition increased by 380% in one year. The two organizations decided to merge in 1995-96. However, they were informed that their funding would be further cut by between \$20,000 and \$30,000.⁴⁴ “If we are going to win the war against AIDS,” David Garmaise told the Sub-Committee, “community groups need additional funding.” The Sub-Committee also learned that the organizations’ clientele has diversified. Ten years ago, it consisted almost solely of gay men; today, however, it also includes women, and Aboriginal peoples. The community programs need to be tailored to this new clientele. The organizations must respond to ever more numerous demands with limited budgets. The Canadian AIDS Society pointed out that some community organizations received no funding, but are in great need of it. There has been no coordinated response between the Strategy and front-line workers, as a result of which the organizations must convert money intended for core funding to project funding when no money is available elsewhere. The Society indicated that the instability and short-term nature of the funding greatly limits the organizations’ planning.

The Canadian AIDS Society also informed the Sub-Committee that the federal government intends to gradually replace operational funding with the project funding it provides under ACAP. According to the CAS, this move is not at all responsive to the needs of the HIV/AIDS organizations working on the front lines.⁴⁵ On this point, COCQ-SIDA indicated that it would like project funding to be reduced in favour of operational funding so that community infrastructures can be maintained and reinforced and more generic projects carried out in cooperation with other partners. More specifically, it recommended that monies allocated to project fundings be cut in favour of more support for operation and suggested a transfer of some 25% of funding.⁴⁶ Lastly, COCQ-SIDA also mentioned that ACAP project funding does not make it possible to carry out short-term projects. However, the Coalition felt that it could be helpful to carry out new, more long-term initiatives, particularly in education and prevention.

The Canadian Nurses Association (CNA) also underscored the importance of recognizing the work done by community organizations. The Association recommends that community-based programs should be supported and allowed the flexibility needed so that clients can determine the most appropriate programming to meet their needs. According to the CNA, the federal government can make community care programs more effective.⁴⁷

⁴⁴ *Ibid.*, p. 14.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 14.

⁴⁶ *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 11.

⁴⁷ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 12.

Lastly, the Canadian Haemophilia Society (CHS) also shares the view that, through ACAP, the National AIDS Strategy has made it possible to establish a network of community organizations whose work is formidable and highly effective. In the CHS brief, Durhane Wong-Rieger stated: “. . . I am truly amazed at their effectiveness and impact. No government organization, no business or industry could match their ratio of output for dollar invested.”⁴⁸ Like most of the other witnesses, Ms. Wong-Rieger contended that the community care network needs reinforcement and she recognized that that would require a considerable amount of funding.

In order to be able to respond to the epidemic's increasing needs, community organizations must have stable funding over a long period. In addition, Health Canada should provide more flexibility over operational funding and project funding. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 11. That Health Canada commit itself to maintaining the level of funding for the AIDS Community Action Program;**
- 12. That Health Canada provide stable, long-term funding for community organizations involved in the fight against HIV/AIDS;**
- 13. That Health Canada re-address the issue of core vs. project funding and establish funding mechanisms that are agreeable to all parties.**

EDUCATION AND PREVENTION

Since no AIDS vaccine or effective antiviral agent exist, education is the only tool we have to prevent HIV transmission. The National AIDS Strategy contains an education and prevention component. More particularly, Barbara Jones of the AIDS Education and Prevention Unit, explained to the Sub-Committee that this component consists of five specific functional areas:⁴⁹

1. Under the National Health Research and Development Program (NHRDP), the Unit funds extramural research on prevention as such and on attitudes and behaviour;
2. The Unit synthesizes information on education and prevention efforts and provides financial support for community-level program evaluation;
3. The Unit funds the organizations and provinces that have developed innovative prevention programs;

⁴⁸ Durhane Wong-Rieger, President, Canadian Haemophilia Society, Brief, 15 March 1995, p. 5.

⁴⁹ Barbara Jones, Chief, AIDS Education and Prevention Unit, Health Canada, Brief, 10 May 1995, p. 4-9.

4. The Unit undertakes specific initiatives with other departments or government agencies (e.g. Correctional Service Canada) and trains customs and immigration officers; and
5. Lastly, the Unit provides core and operational funding for projects initiated by the five major national partners.

When Phase II of the Strategy was announced, the federal government stated that it would allocate an average of \$6.2 million to education and prevention initiatives.⁵⁰ Ms. Jones indicated that the funding granted in 1995 and 1996 would be \$1.95 million for extramural research, information synthesis and the development of innovative programs, \$600,000 for interdepartmental initiatives and \$2.8 million for funding of national non-governmental organizations.⁵¹

In Canada, the Canadian Public Health Association (CPHA) also plays an important role in the prevention of AIDS through its National AIDS Program. The mission of the program, which was introduced in 1986 with Health Canada's cooperation, is "to provide national leadership in supporting the development and delivery of programs and public health policies which prevent HIV transmission and support the care of those affected by HIV/AIDS."⁵² The program is guided by principles of cultural appropriateness, accessibility, partnership, non-judgmental programming and social equity. CPHA's National AIDS Program consists of four main areas of activity:

- i. educational activities (media campaigns, seminars, educational resources and consultation services);
- ii. public policy (development of an orientation paper for health professionals, public health authorities and public decision-makers);
- iii. communications (bilingual national newsletter devoted to AIDS education and a monograph series); and
- iv. the National AIDS Clearinghouse. The Clearinghouse provides documents for use both in and outside Canada, including papers, brochures and videos. It also provides information reference services. More than 89% of the Clearinghouse's clientele considers the services good or excellent.

During the Sub-Committee's hearings, witnesses stressed the benefits of the federal government's education and prevention efforts. The CAS, in particular, indicated that Health Canada had helped produce major reference works on the nutrition of persons

⁵⁰ Health Canada, *National AIDS Strategy: Funding*, Fact Sheet, May 1994.

⁵¹ Barbara Jones, Chief, AIDS Education and Prevention Unit, Health Canada, Presentation to the Sub-Committee, 10 May 1995.

⁵² Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 3.

living with HIV/AIDS or on program evaluation, as well as studies on ethnocultural communities.⁵³ The CAS also pointed to progress made in federal immigration policies. Lastly, the Society noted the introduction of a condom distribution program in federal penitentiaries and welcomed Correctional Service Canada's decision to pilot test bleach distribution, anonymous HIV-testing and peer counselling.⁵⁴

A. Barriers to Effectiveness of Prevention Measures

Despite progress made in AIDS education and prevention, epidemiological studies have shown that the number of cases is unfortunately still increasing. According to witnesses, there are barriers to the effectiveness of awareness and prevention measures. The CAS argued that "censorship compromises effectiveness." It stated that we must abolish restrictions on the use of explicit language, promote access of educators to schools, residential facilities and penitentiaries and raise limits on subjects that can be discussed during visits to those institutions.⁵⁵

Ron de Burger, Director, National AIDS Program (CPHA) emphasized that one major barrier to the effectiveness of education and prevention programs is still attitude. In his view, too many Canadians think it is not necessary to talk about sexual health. What is more, many do not feel concerned and still believe they are invulnerable:

. . . often people are not prepared to listen to the message until they see the effects of the problem. That's certainly been the case with HIV and AIDS, as it has been with other communicable disease entities. Many people believe they are invulnerable, that it's not going to happen to them and that somehow they are going to remain unaffected in any particular respect. (4:13)

Dr. Brent Kvern of the College of Family Physicians of Canada (CFPC) stressed the need to change attitudes toward both sexual orientation and lifestyle. Regarding injection drug use, for example, he said:

We all know it's not injection drug use *per se* that puts you at risk but the activities associated with injection drug use. People don't necessarily choose to become injection drug users, that lifestyle. There might be other issues going on as an illness that needs to be cared for, but in the meantime it needs to be treated in the safest way possible. (5:30)

A certain number of witnesses stressed that education, promotion and prevention programs are not being evaluated, as a result of which we do not really know whether they are effective. Ms. Wong-Rieger of CHS, for example, stated:

⁵³ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 8.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 7.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 20.

We have not articulated what it is we want to achieve and what we can expect to achieve. We do not make sure our programs and activities are lined up to ensure we can achieve those. . . We don't go back to modify and redefine. (5:14)

The lack of evaluation also limits efforts to improve existing programs. What is more, witnesses said that the effectiveness of education and prevention measures is greatly compromised by the fact that the programs funded under the Strategy are short-term and not coordinated. The CAS indicated in its brief that the federal government was not spending enough time, energy and money on prevention campaigns to ensure their long-term effectiveness. In their view, current prevention activities are, for the most part, sporadic and cosmetic.⁵⁶ The CAS also indicated that every organization is working in isolation, with no master plan and no national strategy. Since prevention activities are not coordinated, there is nothing "to ensure that groups providing education locally are not reinventing the wheel." In the CAS's view, the organizations should be afforded more opportunities to meet each other and share their experiences, and the federal government can play a role in this regard.⁵⁷ The Canadian Nurses Association, for its part, stated that prevention activities are effective and offer many benefits when sustained over time and coordinated across government and communities. According to CNA, the federal government must take a strong leadership role in coordinating efforts.⁵⁸ Similarly, Ron de Burger (CPHA) said that a sustained long-term commitment is necessary in order to bring about behavioural changes and improvements. (4:13) Durhane Wong-Rieger of CHS shared that view:

We know the only thing that's effective in terms of changing current practices with regard to protection from HIV and AIDS is societal norms. As a psychologist, I think I would be remiss in not pointing out that changing societal norms is not a short-term process. It's not a process that's going to happen without a great deal of intensive effort.

We've seen some changes. We've seen some progress. The worst possible thing that could happen now is that we would let up on that effort whatsoever. More than anything else, we have to be evaluation- and outcome-driven. (5:14)

Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 14. That Health Canada conduct an evaluation of its education and prevention programs in order to determine their impact on Canadians' attitudes and behaviours and make any changes to these programs that are found to be necessary;**

⁵⁶ *Ibid.*, p. 24.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 5.

15. That the education and prevention programs developed under the National AIDS Strategy be supported over the long term in order to lay special emphasis on behavioural changes.

B. General or Specific Prevention?

During the hearings, participants wondered whether it would be preferable to work toward general prevention aimed at everyone or rather to target the most vulnerable groups. Some felt that, if only high-risk groups were targeted, we would lose the broader view of the issue, that AIDS would no longer be considered as important and we would not be protecting the next generation because we would only be interested in specific groups. Others, on the other hand, claimed that a general approach is not effective where there are active and dynamic epidemics among target groups such as injection drug users, young homosexual men, minority women living in poverty. According to the CAS, wide-ranging campaigns have limited appeal because they are not specific enough to the groups for which they are in fact intended. CPHA, on the other hand, would like to see more national awareness campaigns. The right balance must therefore be struck between national and local campaigns and between programs for the general public or those aimed at specific groups.

A number of witnesses nevertheless placed their emphasis on the various prevention and education measures aimed at particular groups. CPHA, for example, stressed the importance of developing programs for young people. The Association stated that many young people continue to ignore AIDS prevention messages and that they have not abandoned their high-risk sexual behaviours. In CPHA's estimate, some 350,000 young people become teenagers every year. They need basic AIDS information and they also need to acquire more skills and be given more supervision before they are able to make the right decisions. Effective prevention programs are essential to protect our youth. CPHA said it was in favour of the mandatory inclusion of sexual health programs in the schools and that it was also in favour of establishing sexual health clinics in the secondary schools, in particular to encourage behaviours that reduce the risk of HIV transmission. Even though teenagers have basic information on HIV transmission, that unfortunately does not mean their behaviour is any safer. To promote behavioural change, CPHA suggested having young people take part in the design and implementation of AIDS education programs.⁵⁹

Eleanor Ross, President of the CNA, said that preventive action must be taken before the problem arises. Prevention must be done with young people before they find themselves in the street, like the homeless and drug addicts. They must be made to understand in advance what safe sex and drug abuse are all about. (4:29) CNA believes

⁵⁹ Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 10-11.

that HIV/AIDS education for children should begin in the elementary schools and be provided in a frank and explicit manner. According to the Association, education programs on television are also a good way to disseminate information for children and adolescents. It referred, in particular to the CBC English-language program "AIDS Scare/AIDS Care," in which popular youth personalities tell teens, in their own language, about the risks of HIV/AIDS, how it is spread and how to protect themselves. The Association emphasized that the earlier education begins, the more effectively sound rules for living are learned.⁶⁰

With regard to the education of young children, the Honourable Judy Erola, President of the Pharmaceutical Manufacturers' Association of Canada (PMAC), indicated that her Association funded the publication, in both official languages, of a storybook entitled "Come Sit By Me." The book was written for children 4 to 8 years of age and their teachers. Ms. Erola said that it had been distributed to all doctors' offices across the country. (6:19) Some members of the Sub-Committee found the storybook interesting and expressed the view that it would perhaps be appropriate to distribute it to all the primary schools across Canada.

Some witnesses expressed concern about the increasing numbers of new HIV infections among women and children. It appears that the danger women run of being infected by HIV is related to their own high-risk behaviour or to that of their sexual partners. Lack of autonomy, submission, violence and poverty prevent women from protecting themselves against HIV.⁶¹ In addition, women can transmit the virus to their children. According to COCQ-SIDA, the spread of HIV among women has given rise to "a need that remains unfulfilled for lack of additional financial resources."⁶² Both the CNA and the CMA asked that greater attention be given to prevention and promotion programs intended for women and children.⁶³

Many witnesses said they were concerned by HIV infection rates among drug users. The epidemiological data provided to the Sub-Committee show that HIV transmission among injectable drug users is increasing in spectacular fashion in Canada and that shared needles appear to be the most effective method of spreading HIV. Most witnesses said they were in favour of needle exchange programs.

⁶⁰ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 5.

⁶¹ Health Canada, Briefing Notes: AIDS and Women (30 November 1994), *Briefing Book for the Sub-Committee on HIV/AIDS*, 14 December 1994.

⁶² *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 8.

⁶³ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 5; Canadian Medical Association, Speech to the Sub-Committee, 28 March 1995, p. 3.

The Sub-Committee was also told, “The situation in the prisons is like a ticking time bomb.”⁶⁴ CPHA explained that there is a particular need for prevention in prisons:

The proportion of the incarcerated population which uses injection drugs is much higher than in the general population. The restrictions of prison life also make it much more difficult to obtain the condoms or clean needles to reduce risk in sexual encounters and in drug use. Depression, lack of self-esteem and the inability to see a future for oneself are common among the prison population and decrease the motivation to protect one’s life and future. These conditions make for an environment in which HIV can spread quickly. After living in an environment with a much increased risk of exposure, prisoners make parole or finish their sentences and return, possibly infected, to their home communities.⁶⁵

In his brief, Dr. Norbert Gilmore, who chaired the Expert Committee on AIDS and Prisons (1992-1994), expressed a similar view.⁶⁶ According to CPHA, the Expert Committee’s final report constitutes an excellent point of departure for responding to the specific needs of prison staff and inmates and the Association suggested implementing the 88 recommendations contained in that report.⁶⁷

In his appearance before the Sub-Committee, John Edwards, Commissioner of the Correctional Service of Canada (CSC), indicated that CSC largely supported the recommendations by the Expert Committee on AIDS and Prisons, but that three specific suggestions had been rejected: remove current prohibitions against consensual sexual activity between inmates, provide methadone maintenance programs for opiate-dependent inmates and establish a needle exchange program. As an alternative to needle exchange, CSC agreed to pilot test a bleach distribution program for sterilizing syringes used for drugs and tattoos.⁶⁸

The Canadian AIDS Society feels that prevention measures introduced in the prison system are piecemeal and do not go nearly far enough. According to the Society, Correctional Services Canada is not responding adequately to the epidemic. Inmates’ rights are being violated because they do not have the same means to protect themselves and to take care of their health as the general public.⁶⁹

The Sub-Committee was also informed that, as the epidemic in Canada evolves, the Aboriginal populations are at growing risk for HIV infection and AIDS. Janice Hopkins,

⁶⁴ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 18.

⁶⁵ Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 10.

⁶⁶ Dr. Norbert Gilmore, Chair, Expert Committee on AIDS and Prisons, Brief, 3 May 1995.

⁶⁷ Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 11.

⁶⁸ John Edwards, Commissioner of the Correctional Service of Canada, Brief, 3 May 1995, p. 10.

⁶⁹ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 17-18.

Director General of the Indian and Northern Health Services, Health Canada, discussed the risks of the spread of HIV/AIDS in urban centres as well as on reserves and in remote regions:

Transmission of HIV among Aboriginal people is facilitated by high rates of other STD's; high rates of substance abuse including injection drug use; and other health status issues. These risks are compounded by the over-representation of Aboriginal people in inner-city populations where rates of HIV and associated risk behaviours are relatively high. High mobility between inner-cities and rural and reserve communities brings the risk of HIV to even the most remote Aboriginal communities.⁷⁰

In her brief, Ms. Hopkins mentioned that condoms are available in all health care institutions serving the department's Aboriginal clientele and that needle exchange services are available on demand.⁷¹ However, a report submitted to the Sub-Committee indicates that HIV prevention and education initiatives are still not widely available in all reserve communities, and there is resistance to implementing them in some communities. That report also emphasized that the activities in place tend to focus on general awareness of HIV/AIDS, that prevention and education should be better targeted and that greater emphasis should be placed on risk behaviour and attitudes.⁷²

Lastly, COCQ-SIDA noted that the homosexual community is still the most affected by HIV/AIDS. The Coalition mentioned that, although a significant increase in safe sexual practices has been observed among gays, there has nevertheless been a rise in the incidence of risk behaviours among homosexuals under 25 years of age. It recommended that a national campaign for the prevention of HIV infection be organized among the homosexual community.⁷³ Once again, it was argued that prevention efforts must be made on a continuing basis in order to sustain safe sexual behaviours:

... studies show that even when new behaviours have been adopted, there is a need for ongoing support in order to sustain the change. Individuals become depressed at the loss of friends and loved ones, which has been particularly acute in the gay community. They may lose their motivation when the subject becomes too familiar and people stop talking about safer sex. They may even develop unconscious feelings of invulnerability when they "get away with" risky behaviours. Being in a close relationship may give a false sense of security.

⁷⁰ Janice Hopkins, Director General, Medical Services Branch, Health Canada, Speaking Notes, 10 May 1995, p. 2.

⁷¹ *Ibid.*, p. 9.

⁷² Health Canada, *Interjurisdictional Coordination on HIV/AIDS and Aboriginal Populations: Issues and Approaches*, January 1995, p. 4.

⁷³ *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 7, 8 and 11.

Health promotion campaigns and peer support methods must be more fully utilized to sustain healthy behaviour change.⁷⁴

In short, we must not stop our efforts and imagine that the message has been understood until the number of persons infected with HIV has truly fallen. Awareness efforts must be continued and sustained as far as possible. In addition, education and prevention activities to stem the AIDS epidemic must be carried out on all fronts — local, provincial, territorial and national — on the basis of partnerships with the participation of the people concerned. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 16. That Health Canada, in cooperation with the other stakeholders in the fight against HIV/AIDS, evaluate current programs for raising awareness of HIV/AIDS and prevention measures designed for target groups in order to improve their effectiveness;**
- 17. That Health Canada, in cooperation with other stakeholders in the fight against HIV/AIDS, decide together on the most effective allocation of funds between broad campaigns and specific programs.**

CARE, TREATMENT AND SUPPORT

One of the objectives of Phase II of the National AIDS Strategy is to enhance the capabilities of HIV caregivers to provide better quality care and treatment. At Health Canada, this objective falls to the AIDS Care, Treatment and Support Unit, whose mandate is “to facilitate and support projects and activities which will improve the quality of life of people with HIV/AIDS.”⁷⁵ The term “caregivers” covers all professional and non-professional care providers, including physicians, nurses, social workers, volunteers working within community organizations, families and friends of persons living with HIV/AIDS.

In his brief to the Sub-Committee, Robert Shearer, Acting Chief, AIDS Care, Treatment and Support Unit, explained that the Unit supports five particular types of activity.⁷⁶ First, the Unit provides financial support for the education and training of caregivers. For example, it finances the publication of guides and guidelines, takes part in improving teaching programs in universities and supports development programs. The Unit has funded the development and publication of a guide for AIDS patient care by the College of Family Physicians of Canada, as well as a document prepared by the Canadian Nurses Association for its members. The Sub-Committee received a copy of these documents. A budget of \$1 million will be allocated to this activity in 1995-96.

⁷⁴ Canadian Public Health Association, Brief, 1 March 1995, p. 10.

⁷⁵ Health Canada, *National AIDS Strategy — Phase II: Progress Report 1993-1994*, Ottawa, 1994, p. 15.

⁷⁶ Robert Shearer, Brief, 10 May 1995.

Second, the Unit funds research projects on psychosocial support and promotion of quality of life. For example, the Unit provides funding to the Canadian AIDS Society, which, with other partners, has begun a research project on the specific housing needs of persons living with HIV/AIDS. The budget allocated for the 1995-96 fiscal year for this activity will be \$1.6 million.

Third, the Unit promotes the development of new models of care delivery and the assessment of effectiveness of existing programs. For example, COCQ-SIDA is currently developing a model designed to assess the services it provides. It is relying on this kind of contribution in order to complete its model.⁷⁷ The Unit also finances research on the economic aspects of HIV/AIDS. This research work, which will take roughly three years, is being conducted by the Canadian Policy Research Network. Health Canada plans to allocate a total of \$700,000 to this activity in 1995-96.

Fourth, the Unit also funds the AIDS Treatment Information Service. People with HIV/AIDS and those who provide care to them have exercised considerable pressure and are welcoming this new service. The service will make available all reliable and up-to-date information on medical treatments and other therapies that will help patients and their caregivers make informed decisions on therapeutic options. In 1995-96, the federal government will contribute some \$2 million to this activity.

Fifth, the Unit is responsible for funding the Canadian HIV Clinical Trials Network, which will receive a budget of \$2.9 million in 1995-96. The Clinical Trials Network is discussed in greater detail below.

In total, the AIDS Care, Treatment and Support Unit will pay out more than \$8 million in grants and contributions as part of these activities. All proposals received undergo a review, which consists of an internal assessment by Health Canada and an external peer review. In his brief, Mr. Shearer stressed the Unit's multidisciplinary approach because care, treatment and support for persons with HIV/AIDS bring into play a wide range of people and require various types of services.

In her testimony, Eleanor Ross, CNA, explained that the various types of care that persons living with HIV/AIDS need depend on how the illness progresses. (4:25) First, there is intermediate support provided at home or in the community. This may be support that enables the patient to continue working or to stay in bed at home and receive home care. Acute care is highly technological and intensive care that is provided in the hospitals. Lastly, there is palliative care, the purpose of which is to protect the value of existence, to preserve its meaning and to improve quality of life. This care is provided to the dying and their relatives when it is no longer appropriate to prolong life or administer curative

⁷⁷ *Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida*, Brief, May 1995, p. 10.

treatment. Patients' pain can be relieved and their other physical, emotional and spiritual needs met.

The representatives of the CNA and other witnesses who appeared before the Sub-Committee strongly recommended community services and home care because, they said, the best care is that provided as near as possible to the patient. In its brief, the CNA deplored the fact that, as part of the reform of the health care system, cuts in active care are not offset by community support services. According to the Association, there are not enough intermediate care services, such as semi-supervised structures where health, food and social assistance services can be found during the day. This type of care is often necessary when the spouse must go to work, but cannot leave the patient alone all day. CNA also stated that education and support for health care providers and informal caregivers working with HIV/AIDS clients remains key to providing quality care.⁷⁸ It further recommended that governments at all levels ensure a continuum of care for HIV/AIDS clients including acute (acute, not active), intermediate and palliative care.⁷⁹

The Canadian AIDS Society⁸⁰ seems to have a similar opinion regarding community care and home care. In its brief, it also emphasized the need to establish more community-based palliative care hospices like Casey House in Toronto. It considers that, even though these strategies will require an initial investment, they will result in significant savings to the health care system in the long run. The CAS further believes that, although responsibility for the delivery of health care falls in large part to the provincial governments, the federal government has a role to play in this area. For example, the Society suggested that Health Canada can fund pilot projects and play a leadership role in bringing the provinces and other players together to search for innovative responses.

When it appeared before the Sub-Committee, the CMA discussed the very important role physicians play in the fight against AIDS. The physician is the patient's primary link to HIV/AIDS health care. In addition, the doctor may often meet the needs of partners, families and advocates by means of information and supportive discussions. However, the Association and a number of other witnesses admitted that there are barriers to providing high quality care. Furthermore, HIV/AIDS is a complex condition that is difficult to understand and treat. On this point, Dr. David Walters of the CMA stated:

To answer questions from people and provide care, often when there are limited treatments and no clear answers, is an extremely challenging and stressful task for physicians who work in this field. (6:6)

⁷⁸ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 7.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 12.

⁸⁰ Canadian AIDS Society, Brief, February 1995, p. 18.

Dr. Brent Kvern (CFPC) indicated that certain physicians feel they do not know the illness well enough to treat it properly. He also mentioned that the faculties of medicine “don’t teach issues of sexual health” and that physicians are not well prepared and are reluctant to ask questions that may seem “embarrassing.” (5:25)

Furthermore, it appears that their method of charging a fee for service also discourages physicians from treating HIV/AIDS patients. Dr. Kvern (CFPC) stated the following:

I think one of them is that certainly there’s a financial disincentive to care for people who have HIV disease. The way that many physicians are reimbursed, simply stated, is that time is money. It takes time to care for people who are sick. It takes time to care for people who have issues for which they may need counselling or who may need to spend a lot of time talking about them. That’s one aspect. (5:25)

Lastly, the Sub-Committee was told on a number of occasions that there is a problem of attitude, prejudice and homophobia with respect to certain groups, which greatly affects the quality of care. On this point, the representatives of the CNA and CFPC explained that physicians, like society, constitute a heterogeneous group. There are still physicians who have not yet confronted their homophobia or their inability to treat intravenous drug users, to accept people for what they are and to help them. HIV/AIDS affects a population with which physicians are not always comfortable. There are individuals with various risky behaviours that physicians are not always able to care for without being judgmental. For example, Dr. Walters (CMA) told the Sub-Committee:

. . . it’s obvious that as a society we have to deal with an attitude change, and we have tried to deal with that attitude change. The attitude changes may involve being homophobic, having problems dealing with drug users and other disadvantaged people, or how to work with Aboriginal peoples and their cultural approach to things. It is a major educational effort that all health care workers need to respond to. (6:16)

These road blocks to the quality of care explain, in large part, the problem of the shortage of physicians specialized in the treatment of HIV/AIDS. In its brief, the CAS emphasized that it is hard to attract new physicians to the world of HIV and that the physicians specialized in this field are exhausted. In light of the increase in the rate of seroprevalence, the CAS believes that the current shortage may well cause problems in the near future if the situation is not immediately corrected:

Is Canada prepared to handle the 15,000 new AIDS cases expected over the next five years? In this era of cost-cutting and downsizing, we see serious challenges ahead.⁸¹

For these reasons, a number of witnesses felt it was imperative that we improve education programs and provide continuing training programs for health professionals in order to (1) increase knowledge of HIV and AIDS, (2) change attitudes so as to develop the trust and ease needed to care for people living with HIV/AIDS, and (3) increase the number of physicians specialized in the field.

Efforts are already being made through funding from Health Canada. For example, the CMA has published the third version of its publication entitled, *Human Immunodeficiency Virus Serologic Testing Counselling Guideline*. (6:5) This publication is intended for physicians and other health professionals and contains specific guidelines regarding counselling and the information that should be given to patients regarding serologic testing. These guidelines are followed by health professionals treating HIV/AIDS patients. The College of Family Physicians of Canada has also developed *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease*, which contains a module on the treatment of adults and a second on the treatment of children (which should be available shortly).⁸² The College has also developed a training program for family physicians on the subject of HIV/AIDS infection. As part of this program, seminars on screening tests and counselling were given across the country. The College then developed teaching material — in particular slides and videos — and more information tours were conducted, with emphasis on the clinical skills needed to treat HIV infection confidently. Lastly, the College drew on the concept of training trainers: more experienced physicians who advise those with less experience in the care of HIV/AIDS patients. In 1992, CNA also published a guide on nursing care entitled, *HIV/AIDS Education for Nurses: Practice Issues and Curriculum Guidelines*, and it plans to conduct a survey of nursing schools in the near future to determine whether courses on HIV/AIDS should be included in their curricula.⁸³

Lastly, witnesses indicated to the Sub-Committee that, in order to ensure the quality of care, medical staff must provide information on the care and treatment of HIV/AIDS patients so that they may come to an informed decision. James Kreppner of the Canadian Haemophilia Society feels that physicians are patronizing at times:

... sometimes doctors don't share test results with you because they think it's not in your best interests for you to know, or they don't tell you the full risks and

⁸¹ Canadian AIDS Society, Brief, February 1995, p. 18.

⁸² College of Family Physicians of Canada, Brief, March 1995, p. 5.

⁸³ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 3.

problems that might be inherent in a certain treatment . . . That kind of behaviour is unacceptable. Consumers have to be informed. They have to be in a position where they can make informed decisions. (5:17)

Mr. Kreppner also told Sub-Committee members:

What we're seeing in the experience with blood . . . Part of the problem with that old tragedy is that people weren't informed. People didn't know what risks they were taking when they took blood. That can be carried over to the HIV experience in general and the AIDS experience in general. Let's make sure we don't make the same mistakes in HIV treatment. (5:17)

It is to be hoped that the National AIDS Treatment Information Service will provide the information necessary for informed decision-making both for the patient and for the caregiver.⁸⁴ Furthermore, all witnesses agreed on the need for adequate training as part of the courses provided by educational institutions and continuing training to encourage participation by professionals in the treatment of HIV/AIDS, to provide them with up-to-date information and to instruct them in new treatments. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 18. That, under the National AIDS Strategy, Health Canada continue to support the professional medical associations in their efforts to update and make available information about care to be provided to persons with HIV/AIDS.**

RESEARCH

HIV/AIDS research falls essentially into two large categories, clinical trials and basic research. Also of importance are research in social science, HIV/AIDS epidemiology (the study of the incidence, distribution, control and prevention of this disease), and applied research which has tended towards the development of commercial technologies to detect and follow disease progression. Basic research focuses on trying to elucidate the fundamental basis of HIV disease and the opportunistic infections that accompany it. This includes expanding our knowledge of human immunology and physiology, and achieving an understanding of the pathogenesis, viral physiology and molecular biology of HIV. Comprehension of the make-up of HIV and how it attacks the immune system allows scientists to design drugs to target and block viral functions. These agents are tested in the laboratory to determine if they are effective against HIV and they are tested in animals to get an estimate of drug toxicity. After this point, clinical trials are designed for the purpose

⁸⁴ In her opening remarks on 10 May 1995, Kay Stanley, Assistant Deputy Minister responsible for overseeing the implementation of Phase II of the Strategy, indicated that the Treasury Board had recently approved Health Canada's request to negotiate a three-year agreement to fund the AIDS Treatment Information Service. This project will be administered by the Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE) in Toronto.

of testing the effectiveness and toxicity of the agent in humans. Clinical trials, which can cost millions of dollars, may be ongoing for years and involve thousands of test volunteers.

Under the NAS, \$17.8 million is allocated for all types of research and epidemiological monitoring. The \$17.8 million per annum is broken down into \$2.9 million for the Canadian HIV Trials Network (CTN), \$1.5 million for research and development activities in the area of social and economic support, \$5.5 million to the National Health Research and Development Program (NHRDP) to fund extramural research, and the balance supports intramural Health Canada research activities such as epidemiological monitoring, and the various research activities of the Bureau of HIV/AIDS Laboratories and Research. Further, the Medical Research Council (MRC) of Canada spends \$2 million on HIV/AIDS research.

A. Clinical Trials

Clinical trials may have up to four phases. After the drug has undergone animal testing, it is ready to be tested in a phase I trial in humans to determine if the agent is safe. Test participants all receive the same known drug but in differing quantities so as to reveal dose-related toxicity. At this time, some early information on how well the drug works may be gleaned. Phase I trials last only two to three months and usually involve less than 100 people.

If the drug appears to be safe enough, a phase II trial is conducted to more carefully study side effects and to determine if the agent has beneficial effects, such as raising T4 cell counts, or clearing up an infection. Phase II can last a few weeks to a few months and again usually involves less than 100 people.

Phase III trials are initiated if the drug has been observed to be effective. At this phase, usually hundreds and sometimes thousands of people are given the drug to see if it works for everyone and if it causes problems over a long period of time. Researchers look for rare side effects which are only seen in a few people or after a few years. A drug must go through all three phases of testing before the Drugs Directorate of Health Canada will consider granting it market approval.

Phase IV trials, or post-marketing trials, are not always conducted but they are becoming more important now that some drugs are approved earlier than in the past. They allow for more testing over a longer period of time, to see if any problems develop over the long term.⁸⁵

In Canada, virtually all clinical trials of anti-HIV therapies and drugs to control HIV-related opportunistic infections are conducted by the CTN, which is a partnership

⁸⁵ AIDS Action Now!, *AIDS and HIV Drug Trials in Canada - What You Need to Know*, 3rd Edition, Toronto, April 1993, p. 3-4.

committed to developing treatments, vaccines and a cure for HIV disease and AIDS through the conduct of scientifically sound and ethical clinical trials. The CTN is part of the NAS and was formed in 1990 and subsequently refunded in 1993 under phase II. During phase I, the CTN received \$3.4 million per annum; however, this amount has fallen to \$2.9 million per annum in phase II. This funding supports the network infrastructure, but does not pay for actual clinical trials. Rather, the existence of an efficient and competent trials network attracts pharmaceutical companies to make use of the network. Dr. Martin Schechter, National Director, CTN, pointed out that the network, in terms of patient enrolment, is one-tenth the size of the United States AIDS Clinical Trial Group, but it operates on 1% of the American Group's budget. Approximately 75% of the CTN budget goes to paying the salaries of its highly trained staff. Clinical trials are sponsored by the international pharmaceutical industry. The provinces, as partners in the CTN, supply some funding, and Canadian granting agencies may fund some specific research projects.

Martin Schechter described the two major benefits provided by the CTN. The first and most important advantage is that the CTN encourages pharmaceutical companies to test their drugs in Canada, thereby bringing some of the best and most promising therapies to Canada as early as possible, so Canadians can benefit. Without the CTN drugs might be tested elsewhere and might remain unavailable to Canadians until after completion of the three phases of clinical trials and regulatory approval by the Drugs Directorate. The second benefit is that the CTN attracts a large amount of pharmaceutical money to Canada. During the last four years, the CTN has conducted 40 clinical trials; and, the five largest trials alone attracted more foreign dollars into Canada than the entire cost of the network to date. It is estimated that the multiplier effect is about a tripling of the federal dollars invested in the CTN.

Although the CTN is doing an excellent job, Martin Schechter and Dr. Michael O'Shaughnessy, Director, B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, identified two areas of significant concern: an inadequate level of funding and the allocation of funding within the constraint of an artificial five-year plan. The funding level is inadequate from the point of view that while the infrastructure is supported by the federal government, the network must depend upon pharmaceutical manufacturers to fund the trials. The problem is that a pharmaceutical company will only design and conduct trials that are of direct interest and benefit to them. As Martin Schechter explained:

Under agenda, there are trials that are important to the quality of life of people with HIV and that fall outside the interests of the pharmaceutical industry. For example, I can name the Concord trial, a well-known collaboration between the British and French governments, which showed use of AZT could be delayed and the same clinical benefit provided with far less toxicity and discomfort to the patient. That's the type of trial the manufacturer would not necessarily want to fund, yet it is of critical importance to people living with the disease.

Many important trials, where we try to find newer, more cost-effective, or less toxic ways of improving the quality of life of people, are not necessarily going to be on the same agenda as that of pharmaceutical sponsors. (3:18)

Also, it is not cost-effective for the pharmaceutical manufacturer to conduct clinical trials in small centres or remote settings, and pressure is placed upon the CTN to restrict trials to the large urban centres. While this action may save money, access to the experimental drug is, in effect, denied to people living with HIV/AIDS in areas distant from Canada's major cities.

Of particular concern to the HIV/AIDS community is the reality that pharmaceutical manufacturers will not conduct clinical trials for agents that cannot be patented. AIDS Treatment News maintains a list of promising agents that need to be studied and are not. There are approximately 30 agents on this list, including vitamins and various micronutrients which are believed to play an important role in the pathogenesis of AIDS. Brian Farlinger of AIDS Action Now! (AAN!) discussed this problem:

A very significant problem in Canadian pharmaceutical policy is the continued absence of a government role in research and development. Pharmaceutical companies are interested in drugs if they hold the patent rights, the marketing prospects, the executive commitment, the personnel, capital, facilities and all other necessary resources to bring a drug to market. The gap in Canada is that agents which are extremely promising on medical and scientific grounds are overlooked. (6:46)

In addition, Martin Schechter noted that pharmaceutical companies have indicated no interest in financially assisting the associateship program of the CTN, a program to train outstanding young candidates. Accordingly, the CTN wishes to have its federal funding raised to \$5.8 million per annum, the amount identified prior to phase II as that needed for the CTN to operate efficiently and be able to conduct some of its own targeted trials. This sentiment was echoed by Brian Farlinger:

In our 1993 document, *Confronting the HIV Research Crisis* . . . we ask the federal government to immediately increase the budget of the Network to 5.8 million dollars per year, so that it can make clinical tests which the pharmaceutical industry is not ready to do on agents which present scientific merits. The situation hasn't changed and we reiterate this request. (6:46)

Still on the subject of funding, it was noted that pharmaceutical companies were reluctant to give the CTN block grants so that they might design and operate their own trials. Part of this reluctance was due to the fact that this type of block grant would not be viewed by Revenue Canada as a taxable deduction. Martin Schechter asked the Sub-Committee to look at finding creative ways of giving incentives to sponsors to direct moneys to organizations like the CTN and other disease-oriented clinical trial networks.

The other area of concern is the use of a five-year plan to fund action against a continuing and growing disease for which no cure is in sight. AIDS is not a short-term problem and it is questionable whether it should be tackled by means of a series of short-term funding arrangements. In particular, funding within a specific five-year time frame acts as a disincentive for pharmaceutical companies to use the CTN. For example, a pharmaceutical company is going to have reservations about using the CTN for a three-year phase III clinical trial if Phase two of the NAS is nearing its end and there is no assurance that the CTN will continue in existence. Martin Schechter also pointed out that the field of HIV/AIDS clinical trials and research is less attractive to new, young researchers when they know this discipline has “uncertainty built into it.” (3:19) Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 19. That Health Canada reevaluate its funding mechanism for the CTN and release the network from the constraints of set-term funding. Further, to alleviate uncertainty, Health Canada should release a statement of intent in regard to its commitment to continue support of the CTN as long as there remains a national need to test experimental HIV vaccines and therapeutic drugs in clinical trials.**

Carl Bousquet, President, CPAVIH, requested that federal guidelines be developed and implemented to ensure the participation of women and other underserved populations in clinical trials. Darien Taylor of AAN! requested that the federal government’s regulatory agency promote innovative, small clinical trials of promising agents, which could shorten the whole drug review process from years to weeks.

With viral-load tests, researchers can now test potential antiviral drugs and combination treatments in people in small, rapid trials and obtaining results in weeks. These are known as proof-of-principle trials and they can be conducted with as few as 10 to 20 participants. (6:48)

In recognition of the value of the work undertaken by the Canadian HIV trials Network and of the need to conduct a broader range of clinical trials which do not necessarily fall within the strict financial interest of the pharmaceutical industry, the Sub-Committee recommends:

- 20. That Health Canada, in collaboration with all partners involved in the fight against HIV/AIDS, including pharmaceutical companies, review the activities of the CTN in order to expand the types of trials;**
- 21. That Health Canada consider the advisability of providing the CTN with operational funding to allow it to conduct autonomous clinical trials on agents that show promise in the fight against HIV/AIDS.**

B. Basic Research

The NHRDP has been supporting investigator-initiated research since AIDS was first identified in the early 1980s, prior to the establishment of the NAS. In addition to the efforts of the NHRDP, MRC is committed to providing at least \$2.0 million per annum to HIV/AIDS research. Until this year, these two agencies worked independently; however, now AIDS-related grant applications may be submitted twice a year (15 September and 15 March) to the NHRDP and they will be evaluated by a joint NHRDP-MRC review panel. NHRDP-MRC funds go to support research of various forms; however, the largest proportion of grants is directed toward basic, biomedical research, at universities and hospitals. As well, funds are allocated to career and training awards and support for HIV/AIDS research conferences. As of the end of the 1994-95 fiscal year, cumulative NHRDP HIV/AIDS funding has amounted to \$49.3 million, while MRC has invested approximately \$16.7 million.

With the exception of officials from Health Canada and MRC, all of the witnesses who discussed Canadian HIV/AIDS research activities with the Sub-Committee remarked on the inadequate level of funding. Repeatedly, the Sub-Committee was reminded that of the G-7 nations, Canada has the third highest incidence of HIV infection, yet directs the least amount of money to HIV/AIDS research. For example, if the Canadian government adjusted its spending to support AIDS research to the same extent as the U.S., adjusting for our smaller HIV population and weaker economy, Canada should spend about \$50 million per year,⁸⁶ as compared to joint NHRDP-MRC funding of approximately \$7.5 million per annum. AAN! has called for the federal government to make a commitment to long-term, sustained funding of AIDS research proportionate to our HIV population and relative wealth.⁸⁷

Michael O'Shaughnessy commented on the need for stable, long-term funding. After Phase I of the NAS, HIV/AIDS research funding dropped. "I find it curious that as the epidemic grows, research spending has been concomitantly reduced." (3:22) In addition, current funding levels are only committed until the end of fiscal year 1997-98, after which the future is uncertain.

This, I believe, causes uncertainty and inefficiency in the research community and has an impact on the likelihood that investigators would avoid research initiatives requiring long-term commitments. Since none of us knows when or how the scientific solution to HIV will originate, any strategy that reduces these probabilities is shortsighted. (3:22)

⁸⁶ Canadian AIDS Society *et al.*, *Responding to Emerging Issues in HIV/AIDS Basic and Clinical Science Research*, 19 October 1994, 4 p.

⁸⁷ AIDS Action Now!, *Confronting the HIV Research Crisis: Treatment Activists' Perceptions of the Canadian AIDS Research Effort*, Toronto, 12 October 1993, p. 19.

Dr. Mary Ellen Jeans, Director General, Research, Programs Policy and Planning Directorate, and in charge of the NHRDP, told the Sub-Committee that approximately 30% of all the HIV/AIDS research proposals submitted to the NHRDP were recommended for funding by the peer review committees. Further, she was pleased to announce that, until recently, sufficient budget funds had been available to fund all recommended projects. In addition to funding investigator-initiated research projects, the NHRDP also grants career and training awards. The purpose of the career awards is to recognize and reward research excellence, while the training awards are designed to attract and support promising graduate students, thereby promoting and building HIV/AIDS research expertise in Canada. However, according to evidence given by Catherine Hankins (CAHR), in the last round of training grants only about 25% of the recommended candidates were actually funded.

I talked with people on both of these committees [NHRDP and MRC] who were very distraught, because the normal cutoff level in these committees is 80%. When they're discussing, evaluating, and voting on candidates, their understanding is that people who get more than 80% during the panel are very likely to be funded. After the panel was held, the cutoff was changed, due to a lack of available funds, to 85%. . .

Overall, it means that about one-quarter of those who were recommended by the committees will actually be funded. (2:32)

Michael O'Shaughnessy also expressed his concerns:

. . . the long-term implications of this decision may be far-reaching and have many more adverse repercussions than we might think at present. If the flow of investigators is restricted, the supply of senior researchers for the next decades will diminish. (3:21)

. . . the ability of these young investigators to compete for scarce operating dollars is impaired by their lack of experience and track record. Basic scientists fund basic science on the basis of how safe a bet it is to do this and how productive the investigator is. Young scientists have a very difficult time competing for scarce dollars. (3:21)

In essence, an unfortunate "catch 22" situation is being created. Without adequate training awards, fewer Canadian scientists will gain world-class expertise in HIV/AIDS research; and without this demonstrated research excellence, they will not be readily considered for peer-reviewed research grants.

In addition to inadequate research funding and the failure of the NAS to strengthen and build Canada's research capacity, witnesses highlighted the fact that Canadian HIV/AIDS research activities are uncoordinated. Catherine Hankins (CAHR) said that when HIV/AIDS first became a Canadian concern, the federal government showed great

leadership in the areas of epidemiology and public health; however, now it is much less proactive. Mary Ellen Jeans (NHRDP) affirmed that in the early years of the epidemic, no one had any idea of what they were dealing with, and it was essential to begin monitoring the spread of the disease and to set up laboratories and start collecting scientific clues. In the intervening years, much has been learned about HIV/AIDS, and she agreed that it is now time to bring all of the players together (researchers, people with HIV/AIDS, treatment activists and government officials) to discuss and establish a coordinated research strategy.

According to Catherine Hankins, the federal government has not been proactive in establishing a research agenda, and by default, HIV/AIDS research has been “completely investigator-driven.” (2:29) Investigator-initiated research is curiosity-driven research; that is, the researcher pursues what is of interest or what is thought to be a good idea. Such “pure” research has many benefits and can be very rewarding; however, during periods of emergency, such as the current HIV/AIDS epidemic, its diffuse and potentially scattered response may not meet, in a timely fashion, the specific needs of those afflicted.

The five national partners agreed that there is a pressing need for a national HIV/AIDS research strategy that promotes a good balance between investigator-initiated research and the proactive development of priority research areas. Coordination is needed to build on present strengths and to avoid duplication. Of particular importance is the need to develop collaborations, where teams of research groups target a priority area, for example, gene therapy. Finally, it is important that Canada share research advances internationally, by such means as technology transfer, the training of personnel, and providing advice on research design and implementation.

On the point of establishing a list of research priorities, there appears to be no disagreement among witnesses on the necessity of having people with HIV/AIDS as an integral part of the decision-making process. Carl Bousquet (CPAVIH) observed that, because of their firsthand experience, treatment activists are a valuable resource and should have a recognized role in the setting of research priorities. Both the CPAVIH and AAN! have developed a list of basic and clinical research priorities. In broad terms, the basic-science research priorities include: improved tests for viral load; more study around drug resistance, various opportunistic infections and gene therapy; elucidation of HIV pathogenesis; and more comprehensive understanding of human physiology, particularly of women. Priority clinical research needs include: greater investigation of compounds to boost immune response; target life-threatening opportunistic infections, such as wasting; evaluate gender-specific pharmacokinetics, long-term drug effects and drug interactions.

The need for a national HIV/AIDS research strategy has been discussed by the five national partners with Health Canada, and the government’s response has been the development of a document entitled: *Toward a National HIV/AIDS Research Planning Process: A Discussion Paper*.

The concept is to have a forum where partners and stakeholders can discuss issues at the general level and explore, negotiate and resolve issues that need to be addressed. The idea is to have a national framework to identify issues that require attention and determine whether new planning processes are required or whether there are enough in place already to deal with an issue. (2:31)

According to Catherine Hankins, the five national partners are looking upon this proposal very favourably. They are keen to participate in the process, and to get it going as quickly as possible.

There is considerable disagreement between the pharmaceutical industry and AIDS activists and AIDS researchers on the amount of basic research pharmaceutical companies are conducting in Canada. Judy Erola (PMAC) assured the Sub-Committee that as a result of changes to the Canadian *Patent Act* in 1987 and 1993, the industry has honoured its commitment to increase R&D spending in Canada. Spending increased from \$103 million in 1987 to \$504 million in 1993. The Patent Medicine Prices Review Board reported that PMAC (patent-holder) members now direct approximately 11-13% of sales to R&D. AIDS activists contend that pharmaceutical companies operating in Canada focus their research dollars on clinical trials at the expense of basic research. Judy Erola countered this claim, stating that in Canada slightly greater than 25% of all R&D funds are directed to basic research, and this amount is above the worldwide average. Catherine Hankins was able to shed some light on this discrepancy:

. . . we know that everything and anything called *marketing research* counts as research and development. This does not necessarily consist of looking at things through a laboratory microscope. They use the expression *research and development* to describe the whole marketing side and we hadn't foreseen that. (2:36)

Darien Taylor (AAN!) called for government action on the issue of what she called "the dearth of basic research in Canada":

Concerning basic science, pharmaceutical companies in Canada do very little basic science research in AIDS. No company conducts in-house basic research, although some do contract out work to Canadian experts such as the McGill AIDS Centre. Basic science is usually done in a company's home base and then related clinical research may be brought to Canada. (6:45)

. . . One would have hoped the extension of patent protection would have resulted in significantly more basic research in Canada. We call upon the government to fulfil the promise. . . of conducting a review of the *Patent Act* and its pharmaceutical policy. (6:46)

Another area of disagreement between AIDS activists and PMAC is the degree to which pharmaceutical companies consult with the HIV/AIDS community. According to

Judy Erola, PMAC has established an Advisory Committee on HIV/AIDS Infection which includes members of the Canadian HIV Clinical Trials Network steering committee. Its role is “to advise member companies on all matters relating to HIV/AIDS therapies, ensuring that member companies are aware of not only the scientific challenges but the social and ethical challenges facing the industry.” (6:18) Judy Erola did not indicate how extensively the various pharmaceutical companies use this advisory committee as a resource. However, according to the AAN! report card on the AIDS research efforts of Canadian pharmaceutical companies, only one company, Glaxo, has established a community advisory committee to consult about research plans and to listen and act on community concerns.

Witnesses acknowledged that Canada’s expenditures on HIV/AIDS research lag behind that of other G-7 countries, but they also recognized the necessity of spending every dollar wisely. On this point, they all highly commended the recent efforts of Health Canada and the national AIDS partners to come together to discuss and design a new coordinated HIV research strategy. Health Canada and the national partners must resolve the issue of long-term HIV research funding, and come to an understanding of the mechanism and structure by which HIV research will continue to be funded after completion of Phase II of the National AIDS strategy. Therefore, the Sub-Committee recommends:

- 22. That Health Canada take the leadership in establishing, along with HIV/AIDS partners and the pharmaceutical industry, a coordinated HIV/AIDS research planning process;**
- 23. That the prime objectives of this planning process be the effective use of scarce resources through the development of research collaborations, the identification and elimination of duplication, and the development of a list of research priorities for the purpose of targeted funding.**

COMPASSIONATE ACCESS

Accessibility to investigational drugs to treat HIV and HIV-related opportunistic infections was a prime concern expressed by representatives of the HIV/AIDS community. Douglas Buckley-Couvrette (CPAVIH) told the Sub-Committee that people terminally-ill with HIV have the catastrophic right⁸⁸ to choose whatever therapy they wish, whether that therapy has or has not been approved by the Drugs Directorate of Health Canada.

A pharmaceutical manufacturer may not market a drug in Canada until it has received regulatory approval; however, there are three mechanisms by which catastrophically-ill

⁸⁸ The concept of catastrophic rights holds that any catastrophically-ill adult has the right to elect, in consultation with his or her physician, any therapy whatsoever that does not cause direct harm to others.

people can obtain access to an experimental drug. First, an individual may volunteer for a clinical trial in which the efficacy of the investigational drug is compared to either a placebo or a standard therapy. In this case, the volunteer has no idea if the drug is or is not the experimental therapy. This should not be a problem if the individual volunteered for the purpose of furthering scientific knowledge. Aids Action Now! objects to this type of clinical trial and believes “. . . that everyone should get some kind of treatment. Certainly people should not be forced to enter a trial as their only hope of getting the drug.”⁸⁹

In Canada, experimental drugs may also be obtained by two types of compassionate access. According to Darien Taylor of AAN!:

Compassionate access refers to the provision [by a pharmaceutical manufacturer] of a therapy that has not yet been approved for marketing to people who are ill and who in consultation with their doctor believe it may offer hope of saving a life, re-establishing health, or alleviating suffering. This is obviously a risky therapeutic strategy, but usually these people have failed all other alternatives and are excluded from participating in the clinical trial of the same agent. (6:46)

One way of obtaining compassionate access is to join a clinical trial that has an open arm. In this type of trial there are two arms, the double-blind study (controlled arm) and an open arm. People who either did not wish to join or perhaps did not qualify for the controlled trial may choose the open arm and receive the experimental therapy, usually free of charge. This ensures that only true volunteers participate in the double-blind study, thus helping to guarantee test loyalty and the honesty of test subjects.⁹⁰ This point of view is countered by the concern that few people will be motivated to enter a controlled trial if they can be assured of receiving the drug in the open arm. It is argued, if too few people are attracted to the controlled arm, the validity of the trial could be compromised, the trial process slowed, and regulatory approval delayed. Obviously, the only way this question will be resolved is by conducting clinical trials with open arms,⁹¹ an activity which is occurring.

The second way of achieving compassionate access is by means of a physicians request to Health Canada's Emergency Drug Release Program (EDRP). This program was established because physicians occasionally require drugs not approved in Canada to treat patients with a serious or life-threatening illness when conventional therapies have

⁸⁹ AIDS Action Now!, *Aids and HIV Drug Trials in Canada — What You Need to Know*, 3rd Edition, Toronto, April 1993, p. 6.

⁹⁰ AIDS Action Now!, *Draft Model for Pharmaceuticals on Compassionate Access and Clinical Trials*, 1 November 1994, 5 pages.

⁹¹ M.T. Schechter, *Open Arms and Alternative Clinical Trial Designs*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1990, 47 pages.

failed or are unsuitable. In such situations, the Drugs Directorate has a mandate to authorize the sale of these drugs to physicians. Generally, these are investigational drugs or drugs approved in other countries which, because of lack of demand, never went through the Canadian approval process. Prior to 1990, it was alleged that the EDRP exercised paternalistic control, did not acknowledge the rights of the catastrophically ill, and at times would not authorize the release of unapproved therapies to people with AIDS.⁹² Today, it is claimed that a request for an HIV-related medication is seldom denied. Indeed, Darien Taylor (AAN!) reported that proposed reforms for the EDRP would see “. . . the government devolving its role in providing access to one of monitoring.” (6:51) In essence, this would be similar to the system in effect in the United Kingdom where the physician has the right to exercise clinical judgement in the treatment of his/her patient; that is, the physician deals directly with the pharmaceutical manufacturer in making a request for compassionate access to an unapproved drug.

At present, the role of the federal government in compassionate access is one of authorizing, not commanding, the limited distribution of an unapproved therapy. It is ultimately the prerogative of the pharmaceutical company whether they will grant compassionate access, and if they do, whether they will charge for the therapy. Carl Bousquet told the Sub-Committee:

These [pharmaceutical] companies often do not provide compassionate access, even after the safety and efficacy of a drug have been established. This happens for a number of reasons: they feel that offering compassionate access will prevent people from participating in controlled tests. Often they cite the reason that they do not have enough of a compound to be able to distribute it on a wide scale. Or, as in the case of Serono, they don't feel they can afford to give away a drug, even though it has life-saving potential. (6:37)

Judy Erola (PMAC) explained to the Sub-Committee that everyone in the system from research scientist to dispensing pharmacist has to be paid, and that the pharmaceutical manufacturers “make no apology for making a profit.” (6:31) Indeed, without the profit motive there would be no international pharmaceutical industry, and currently there would not be 107 AIDS-related therapies, including 11 vaccines, under investigation.

On the question of timely availability of new drugs to catastrophically-ill people, Dr. Michael Levy, Glaxo Canada Inc., expressed the point of view that “[t]o us, the best kind of access is to have the drug approved by Health Protection Branch so that it's truly available.” (6:28) On the issue of the Canadian drug approval process, Judy Erola observed that, of the countries in which PMAC members submit drug approval applications, Canada's review system is the slowest. The Sub-Committee later learned that the Canadian drug approval process has undergone reform for the purpose of

⁹² J. Dixon, *Catastrophic Rights — Experimental Drugs and AIDS*, New Star Books, Vancouver, 1990, p. 48-52.

accelerating the rate at which new drug submissions are evaluated. In addition, a new system has been established that gives priority evaluation status (fast-tracking) to drugs represented for the treatment of serious, life-threatening or severely debilitating diseases or conditions. Dann Michols, Executive Director, Drugs Directorate, stated that the time from drug submission to final approval in Canada is now as good as the world average, and in many instances superior. He also noted that the major reason for protracted evaluation periods was the submission of poorly prepared and inadequate drug applications. Although not discussed, there was the hint that a poor working relationship exists between the Drugs Directorate and the pharmaceutical industry, a situation that would not be in the best interest of those seeking prompt access to new therapies to treat catastrophic illnesses.

AIDS activists from both AAN! and CPAVIH entreated the government to move beyond their present role of simply allowing access to investigational drugs to one of compelling access. These groups provided a number of suggestions on how compassionate access might be encouraged. Carl Bousquet stated:

We believe that the Drugs Directorate or another regulatory agency has a responsibility to ensure that the pharmaceutical industry fulfils its scientific and moral obligation to provide a therapy through compassionate access after its safety and efficacy have been demonstrated. There should be a government policy stating that unless and until a pharmaceutical company releases an agent through compassionate access, no further controlled trials of the agent will be allowed. Again, the government already has some influence in this matter through the research and development tax credits for the pharmaceutical industry and the upcoming evaluation of Bill C-91 [*Patent Act*]. (6:37-38)

Before a pharmaceutical company may conduct a clinical trial in Canada, it must submit available drug data and a trial protocol to the Drugs Directorate for approval assessment. Brian Farlinger (AAN!) stated that it is at this point that action can be taken to encourage compassionate access.

Essentially we're asking that at the same time the government reviews a protocol, a phase II or phase III protocol, approves the design of the scientific arm, it also asks about the company's intentions with respect to compassionate access and that the regulatory authorities should make a determination as to whether or not the proposed compassionate access is reasonable and fair in the circumstances. If a company is unwilling to provide compassionate access, then we are recommending that the government not approve the design of the phase II or III study. (6:50)

Darien Taylor noted that the Canadian HIV Trials Network has already adopted a policy requiring a statement of intention on compassionate access for all phase II and III trials that they sponsor. This mechanism will only act as an effective lever when dealing with companies that wish to conduct trials in Canada. It will not compel companies doing trials

elsewhere to provide compassionate access to Canadians. Acknowledging his proposal as draconian, Brian Farlinger suggested that there was a mechanism to compel the other companies to provide compassionate access to Canadians. “The ultimate powers you have there are to revoke the patent or take away the marketing rights for another product that the company sells in Canada.” (6:51)

AAN! believes that compassionate access might also be achieved through changes to the EDRP:

The federal government should add an advocacy power to the mandate of the Emergency Drug Release Programme and a disciplinary mechanism to give pharmaceutical companies an incentive to comply with an EDRP request for release of an experimental therapy.⁹³

However, since EDRP reforms are tending toward deregulation; that is, the transfer to physicians of its power to authorize unapproved drugs, it would seem inappropriate, in the context of compassionate access, to give the EDRP either advocacy or disciplinary roles.

POVERTY AND DISCRIMINATION

What is becoming increasingly clear is that the HIV/AIDS epidemic follows the path of least resistance. Some of the major societal risk factors include belonging to a population that is living in poverty or that may be discriminated against and marginalized. (Diane Marleau, 1:11)

There is no doubt that poverty is a risk factor. There is no doubt that being in a relationship where you are powerless is a risk factor. There is no doubt that being a disadvantaged member of our society is a risk factor for this disease. (Dr. Brent Kvern, CFPC, 5:26)

A. Poverty

As for nearly all diseases, there is a causal relationship between socio-economic inequalities and HIV/AIDS. Studies confirm that AIDS patients living in poverty die sooner than their peers who enjoy more stable economic conditions.⁹⁴ What is more, living with AIDS often accentuates the problems of poverty:

HIV infection has a profoundly negative economic effect on many individuals and their families because: the debilitating effects of the disease erode the ability of individuals

⁹³ AIDS Action Now!, *Confronting the HIV Research Crisis: Treatment Activists' Perceptions of the Canadian AIDS Research Effort*, 12 October 1993, p. 21.

⁹⁴ Robert S. Hogg, Steffanie A. Strathdoe, Kevin J.P. Craib, Michael V. O'Shaughnessy, Julio S.G. Montaner, Martin T. Schechter, “Lower Socio-Economic Status and Shorter Survival Following HIV Infection,” *The Lancet*, 2 October 1994, Vol. 344, p. 1120-1124.

to continue to live independently and to provide financially for their own needs and the needs of their families; the complex, disabling effects of HIV disease create an additional financial burden. Basic necessities like adequate food and nutrition, housing and medication are far beyond the financial means of many people living with HIV/AIDS.⁹⁵

The more the disease progresses in individuals, the harder it is for them to provide for their own needs. They need a nutritionally enhanced diet rich in proteins. They must often obtain nutritional supplements and vitamins. Infected individuals must also consume vast quantities of drugs during their illness to combat opportunistic infections. These nutritional supplements, vitamins and HIV medication are very costly.

Brian Farlinger of AAN! testified before the Sub-Committee that he was living with AIDS and had to spend about \$24,000 in 1993 on antiviral drugs to prevent opportunistic infections (6:54). Carl Bousquet of CPAVIH talked about Pfizer's Fluconazole, a drug often prescribed in cases of candidiasis, one of the most frequently encountered opportunistic infections in HIV infection. He indicated that the total cost of an average 60-day supply is \$951.60. Mr. Bousquet further explained that if the micro-organism responsible for the infection develops any resistance, treatment must continue for six months at higher doses, frequently in combination with one or more other drugs and thus at very high cost (6:36). He also discussed Serono's growth hormone, which is used in cases of HIV-related wasting. As mentioned earlier, this hormone is available through the EDRP. However, the EDRP has no authority to regulate costs, as a result of which price-setting is left entirely to the manufacturer's discretion. It costs a total of \$17,220, based on \$205 a day, for the minimum treatment of 6 mg per day for 12 weeks (6:34).

Witnesses explained that most persons living with AIDS contract the disease when they are still very young, that they generally hold low-paying jobs and that they have little or no savings. The vast majority do not have a private health insurance plan. It appears that the situation is difficult even for those who do have insurance because they must cope with repayment waiting periods and must pay the deductible portion not covered by drug plans.

Witnesses stated that persons with HIV/AIDS who hold low-paying jobs and are unable to pay for their nutritional supplements and medication are often forced to leave their jobs prematurely and go on social assistance because that is the only way they can qualify for provincial drug insurance programs. However, the Canadian AIDS Society believes that social assistance benefits (even with the disability supplement) are not enough to pay all basic costs such as housing, food and clothing, in addition to the full range of medication. People living with HIV/AIDS sometimes must choose between taking the appropriate drugs and meeting other equally essential needs because they cannot

⁹⁵ Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 23.

afford both.⁹⁶ Furthermore, provincial drug insurance plans do not necessarily cover nutritional supplements and vitamins,⁹⁷ and those plans do not reimburse claimants for costs associated with medication obtained under the EDRP (6:36). The Sub-Committee was informed that persons with HIV/AIDS are sometimes hospitalized solely in order to obtain medication they cannot afford. They must sometimes be hospitalized when an infection worsens or cannot be prevented because the drugs are too expensive.

Some provinces have reacted to these problems. For example, Brian Farlinger (AAN!) discussed the Trillium program, which has been implemented by the Ontario government and went into effect on 1 April 1995. This is a drug funding program for debilitating diseases under which the patient's contribution is limited to 4.5% of his or her net income. The government will pay expenses exceeding that amount (6:54). The Government of Quebec is currently studying the question of universal access to drugs, but no official position has been taken to date.

Housing costs in large urban centres are another barrier for persons living with HIV/AIDS. In Vancouver, for example, some people living with HIV/AIDS live in hotel "flop-houses." According to the CAS, this is the only accommodation they can afford that allows them reasonable access to the HIV/AIDS care unit at St. Paul's Hospital, the only such facility in Vancouver. The Society indicated that a one-bedroom apartment in Vancouver's west end near the hospital costs about \$700 a month. However, the shelter allowance under British Columbia's Disability Benefits Program is \$325 a month.⁹⁸

To assist persons living with HIV/AIDS, some community organizations, with contributions from private foundations, provide direct financial aid to buy medication and supplements not covered by government or private drug plans. Others provide food and clothing banks. The organizations have limited resources with which to provide services, where the demand is constantly increasing. For example, the Pacific AIDS Resource Centre in Vancouver has witnessed a 400% increase in its client load since 1990.⁹⁹

The CNA said it regretted the fact that people living with HIV/AIDS cannot use the money they have in their pension funds. According to CNA, the federal government could exercise leadership by encouraging provincial governments to review their pension

⁹⁶ *Ibid.*, p. 24.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ *Ibid.*

legislation so as to include exemption clauses to enable these people to withdraw money from their pension funds.¹⁰⁰

B. Discrimination

During the early years of the epidemic, there were widespread reports of discrimination against people with HIV/AIDS in the areas of housing, employment, health care and education. Fearing that people with HIV/AIDS posed a direct health risk, many individuals called for mandatory testing and various forms of quarantine. As knowledge was gained, it was recognized that HIV is not transmitted by casual contact, but rather by certain high-risk activities. Public health officials promoted education (the avoidance of high-risk behaviours) as the best form of AIDS prevention, while in health care facilities, standard infection control procedures were found sufficient to make occupational HIV transmission a rare occurrence. Accordingly, the philosophy and practice of HIV/AIDS control today is one of taking personal responsibility for one's own health.

HIV/AIDS, like any other medical condition, is considered a disability. Disability is one of the grounds of discrimination prohibited under the *Canadian Human Rights Act*. Anyone who believes that they have been treated unfairly, because they have HIV/AIDS, associate with people with HIV/AIDS or are a family member of someone living with HIV/AIDS, should address their concern to the Canadian Human Rights Commission for investigation.¹⁰¹ While education and increased recognition of the rights of people with HIV/AIDS may have substantially discouraged overt discrimination, more subtle forms undoubtedly exist. Many of the witnesses from HIV/AIDS community groups indicated that discrimination often goes unchallenged as the individual is simply too ill to seek redress through long and arduous legal processes.

Two areas where HIV/AIDS discrimination remain apparent are in the calls for health care personnel to be tested for HIV, and for immigrants with HIV/AIDS to be denied entry to Canada. The Sub-Committee was repeatedly informed that the chance of HIV transmission from medical professional to patient was infinitesimally small, while the cost of testing every health care worker would be enormous. Catherine Hankins pointed out that in medical facilities, alcohol poses a far greater risk than HIV:

We're not doing any major screening that I know of for alcohol abuse in physicians, which I would say is a much bigger problem than anything to do with HIV in physicians. (2:39)

Similarly, some Canadians wish to deny potential immigrants with HIV/AIDS access to Canada on the grounds that they pose a significant financial burden to Canada's health

¹⁰⁰ Canadian Nurses Association, Brief, February 1995, p. 10 and 13.

¹⁰¹ Canadian Human Rights Commission, *HIV/AIDS Discrimination — It's Against the Law*, Minister of Supply and Services Canada, Ottawa, 1993, pamphlet.

care system. The Canadian AIDS Society believes that this is an unwarranted exclusion and that each individual case should be judged on its merits.¹⁰²

A hazy area of discrimination surrounds claims that some physicians have refused to treat patients with HIV/AIDS. There are unquestionably physicians who, because of personal preferences or beliefs, have practised discrimination by rejecting homosexuals or injection drug users as patients. On the other hand, there must also be general practitioners who, never having had a patient with HIV/AIDS, were not knowledgeable and referred the patient to a doctor with HIV/AIDS expertise. From the point of view of a person with HIV/AIDS, it is certainly preferable to choose a physician who is both knowledgeable and nonjudgmental.

Douglas Buckley-Couvrette told the Sub-Committee:

. . . only 100 doctors accept to treat HIV and AIDS in Quebec. (6:42)

. . . let's face it, most doctors who treat HIV/AIDS are homosexual men. That's the current situation in Quebec. (6:43)

While this statement is probably quite accurate, it should also be appreciated that gay doctors probably tend to have a gay client base and when the AIDS epidemic came along, as the front-line workers, they became the HIV/AIDS experts by default.

As mentioned earlier, one of the significant negative impacts that discrimination has on the fight against AIDS is in the area of fundraising. According to Roger Bullock (CANFAR), “[b]ecause of the stigma still attached to the disease, raising funds is a difficult and time-consuming task.” (3:7) Indeed, some people may not donate to the fight against AIDS because they feel that people with AIDS are deserving of their fate.

Many people feel that there are “innocent” and “guilty” “victims” of AIDS — that those who have acquired HIV through sexual behaviour or injection drug use have done something wrong and deserve their fate.¹⁰³

Another form of discrimination the Sub-Committee heard about was how marginalization and discrimination acts to predispose specific groups to greater HIV risk. Catherine Hankins (CAHR) touched upon this issue:

So how are we going to try to address the real problem? I think the thing that is most important to realize is that this virus attacks vulnerable populations. They are vulnerable either because of poverty, discrimination, or lack of access to health care services, good nutrition, and so on. If you look around the world, in

¹⁰² Canadian AIDS Society, Brief, 15 February 1995, p. 17.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 25.

every society the people who have been most affected by this are those who are in those vulnerable groups. (2:37)

In their brief to the Sub-Committee, the CAS described some of the many ways that discrimination and marginalization encourage the spread of HIV. Individuals who are the victims of prejudice often internalize the discrimination, thus lowering their self-esteem and making it less likely that they will be motivated to look after their health or be receptive to prevention messages. People who suffer or fear discrimination are likely to be driven “into the closet,” so it will be harder to reach them with prevention information. Marginalized groups are less likely to have access to the range of health and social services that are important for HIV prevention (such as confidential testing and counselling, affordable condoms; and drug treatment, including needle exchange). Marginalized groups may have difficulty organizing as a community, which limits their capacity to develop their own programs and to contribute to policy and planning discussions. Sex education and AIDS education in schools, where it exists, focuses on heterosexuals, making it difficult to reach young gay men and lesbians with safer sex messages. Similarly, marginalized groups are not well represented in the images of HIV/AIDS which appear in the media, including safer sex and other educational messages. Consequently, those most at risk are less likely to respond to the message.¹⁰⁴

The CAS noted that many AIDS organizations are unable to obtain life or disability insurance for their employees. This makes it difficult for them to attract well-qualified candidates, particularly people living with HIV, to fill vacancies. For HIV/AIDS programs to be effective, the participation of these individuals is essential. The CAS concluded their discussion on discrimination by stating:

Governments were slow to respond to the epidemic and their response today is not adequate. It is impossible to escape the conclusion that this is due to the perception that AIDS is a disease of the marginalized few. We cannot believe that governments would have responded so slowly if AIDS primarily affected white, middle class, heterosexual men.

Discrimination has a serious impact on the HIV/AIDS epidemic. **Fighting discrimination needs to become one of the priorities of the National AIDS Strategy.**¹⁰⁵

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*

Request for Government Response

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the Government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings of the Standing Committee (*Issue No. 35 which contains this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

HON. ROGER SIMMONS, P.C., M.P.
Chairman.

APPENDIX A

List of witnesses

Associations and Individuals	Issue	Date
Health Canada Martin Méthot, Senior Policy Advisor National AIDS Secretariat Judy Portman, Senior Policy Advisor National AIDS Secretariat Dr. Donald Sutherland, Chief Division of HIV/AIDS Epidemiology Laboratory Centre for Disease Control	In Camera	December 14, 1994
Health Canada The Honourable Diane Marleau, Minister Paul Cochrane, Assistant Deputy Minister Medical Services Branch Gweneth Gowanlock, Executive Director National AIDS Secretariat Kay Stanley, Assistant Deputy Minister Health Programs and Services Branch Dr. Donald Sutherland, Chief Division of HIV/AIDS Epidemiology	1	February 8, 1995
Canadian AIDS Society David Garmaise, Executive Director Brian Huskins, Chair René Raymond, Past Chair	2	February 15, 1995
Canadian Association for HIV/AIDS Research Dr. Catherine Hankins, President	2	February 15, 1995
Canadian Foundation for AIDS Research Roger Bullock, General Manager	3	February 22, 1995
Canadian HIV Trials Network Dr. Michael O'Shaughnessy, Past Chair National Advisory Committee on AIDS Dr. Martin Schechter, National Director	3	February 22, 1995

Associations and Individuals	Issue	Date
Canadian Public Health Association Ron de Burger, Director AIDS Program Dr. William Rowe, Chair Program Advisory Committee	4	March 1st, 1995
Canadian Nurses Association Eleanor Ross, President Heather Caloren, Nursing Policy Consultant	4	March 1st, 1995
Canadian Haemophilia Society Durhane Wong-Rieger, President James Kreppner, Member, Board of Directors	5	March 15, 1995
College of Family Physicians of Canada Dr. Brent Kvern, Member, HIV/AIDS Task Force Moira Tobin, HIV/AIDS Program Co-ordinator	5	March 15, 1995
Canadian Medical Association Dr. Carole Guzman, Associate Secretary General Dr. David Walters, Director Health Care and Promotion	6	March 28, 1995
Pharmaceutical Manufacturers' Assoc. of Canada The Honourable Judy Erola, President Dr. Gervais Dionne, Executive Vice-President Research and Development, BioChem Pharma Dr. François Lebel, Vice-President Scientific Affairs, Burroughs Wellcome Dr. Michael Levy, Vice-President Medical Sciences, Glaxo	6	March 28, 1995
Comité des personnes atteintes du VIH du Québec Carl Bousquet, President Douglas Buckley-Couvrette, Director General Jose Sousa, Board Member	6	March 28, 1995
AIDS Action Now! Brian Farlinger, Member Treatment and Research Committee Darien Taylor, Member	6	March 28, 1995

Associations and Individuals	Issue	Date
Expert Committee on AIDS and Prisons Dr. Norbert Gilmore, Chair	—	May 3, 1995
Correctional Service Canada John Edwards, Commissioner	—	May 3, 1995
<i>Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida</i> Roger Malenfant, Vice-President Roger Le Clerc, Secretary Lise Pineau, Executive Director	—	May 9, 1995
Health Canada Tracey Donaldson, Assistant Manager AIDS Community Action Program Janice Hopkins, Director General Indian and Northern Health Services Medical Services Branch Barbara Jones, Chief Education and Prevention Unit Robert Shearer, Assistant Chief AIDS Care, Treatment and Support Unit Kay Stanley, Assistant Deputy Minister Health Programs and Services Branch	—	May 10, 1995
Health Canada Claire Franklin, Director Bureau of Human Prescription Drugs Mary Ellen Jeans, Director General Research, Programs Policy and Planning Directorate Dann Michols, Executive Director Drugs Directorate Kay Stanley, Assistant Deputy Minister Health Programs and Services Branch Dr. Ron St. John Bureau of HIV/AIDS Laboratories and Research Laboratory Centre for Disease Control	—	May 17, 1995
Medical Research Council of Canada Dr. Michel Denis	—	May 17, 1995

Associations and Individuals	Issue	Date
Molson Breweries Limited	—	May 31, 1995
Charles Fremes, Senior Vice-President Corporate and Public Affairs		

The Reform Party Dissenting Opinion On the Study of the National AIDS Strategy

SHARON HAYES, M.P., PORT MOODY—COQUITLAM

INTRODUCTION

The Sub-Committee on HIV/AIDS was established in November 1994. The mandate:

To study the spread of HIV and the prevention, treatment and support of persons infected or affected by HIV/AIDS, with special attention being given to the role of poverty and discrimination on the aforementioned matters .

A review of the role played by government in the fight against HIV/Aids was the first phase of the study. The Sub-Committee heard testimony from organizations, professionals and Health Department officials to specifically review programs of phase II of the National AIDS Strategy “with the purpose of identifying weaknesses and strengthening response through the National AIDS Strategy”.

The Report on the Study of The National AIDS Strategy covers the results from hearings from 14 Dec 1994 to 31 May 1995. Close scrutiny of the report indicates serious flaws and points of contention about its conclusions. This dissenting opinion reviews the validity of the process, comments on specific weakness of components of the strategy and outlines the lack of prioritization, accountability and evaluation within several aspects of the strategy.

Spending Priorities: Within Health Canada

The epidemiology of AIDS in Canada, the U.S. and the world is given some attention in the report. The level of federal activity and funding, however, must be considered in comparative terms with other major diseases that are prevalent throughout our population. Increasingly limited federal financial resources demand that all government program commitments, whether in departmental resources or funding, be seen in light of domestic funding priorities. Health Canada is no exception. Any comparison to or position in relation to other health strategies within this department is noticeably absent from all discussion in this report .

In fact, the Sub-committee’s focus does deal only with the issue of federal funding and expenditures in combating HIV/AIDS. As outlined in the report, Health Canada has

allocated some \$40.7 million for the budget for Phase II of the Strategy for 1995-96. Upon completion of Phase II in 1998, the Strategy will have been allocated \$203.5 million (1993-1998 inclusive).¹

The significance and suffering that this disease has inflicted in our society is acknowledged. Like other health concerns there are definite commitments needed for prevention, care and research. However, it is also true that many other than AIDS, such as breast, prostate and cervical cancers or cardiovascular and liver disease, are potentially preventable, and severely threaten the health of our population.

A comparative analysis indicates that federal spending priorities do not in fact reflect the incidence of disease. The Minister acknowledged during her testimony before the Sub-Committee that fiscal and budget realities impose certain constraints on choices that could be made in allocating federal funds. The choices that have been made clearly show not only existing priorities of government spending, but the price that is exacted on other health initiatives on account of these priorities.

EXPENDITURES ON SELECTED PROGRAMS (\$ MILLIONS)²

	1986-87	1993-94	1994-95
AIDS Strategy			
Program	0.0	9.4	15.1
Community Action	1.4	16.3	19.6
Research	0.0	9.3	8.7
Total	1.4	35.0	43.4
Breast Cancer			
Program	0.0	0.9	1.1
Community Support	0.0	0.5	0.5
Research	1.0	1.4	2.5
Total	1.0	2.5	4.0
Cardiovascular Disease			
Program	0.0	0.0	0.0
Community Support	0.0	0.4	0.6
Research	0.7	3.4	3.2
Total	0.7	3.8	3.8

In relation to this data, it is interesting to note as well that the **total** incidence of HIV in Canada as of the end of December 1994 was 10,689 cases with 7,471 deaths. That should

¹ Summary of Testimony. Prepared for the House of Commons Sub-Committee on HIV/AIDS. O. Madore and W. Murray, Research Branch Library of Parliament, p. 9.

² Planning, Analysis & Reporting Division, DPFA, CSB EGR14/PARLREQ November 2, 1995.

be compared with the estimated incidence of 17,700 cases of breast cancer diagnosed in 1995 alone with 5,400 deaths.³

Recommendation:

There must be a balance in public health policy for federal spending priorities on diseases based upon a comparative analysis of the nature of the disease, its prevalence in the population and the mortality rates among Canadians.

The report also reflects the predictable and outmoded mentality of year-end government spending. In its seventh recommendation, the Sub-committee advised Health Canada that it should spend the “full amount of budgeted funds during each fiscal year” allocated to the National AIDS Strategy (p. 17). In effect, the Sub-Committee has recommended that the amount budgeted should be spent irrespective of whether such an expenditure had a specific purpose and was justifiable.

Such an approach only opens the process to dubious politicization of the budgeting and funding process. In other words, this year-end spending mentality does nothing for the prudent, judicious and effective expenditure of public funds to deal with this disease. In fact, the Sub-committee has adopted a position that is opposite to that of the Minister. In her testimony, the Minister emphasized the need for prudent and effective spending to achieve the Strategy’s goals rather than spending for the sake of spending.⁴

Recommendation:

That budgeted funds be spent only as required.

³ Canadian Cancer Statistics 1995, National Cancer Institute of Canada, pp. 18-20.

⁴ Testimony by Diane Marleau, Minister of Health. Minutes of Evidence and Proceedings 1:10

Spending Priorities: Within the National AIDS Strategy

The following table reflects the budget allocations within the National AIDS Strategy:

Component	Average Annual Allocation	Actual Budget 1993-1994	Allocation for 1994-1995	Allocation for 1995-1996
Community Action	9.8	10.4	9.8	9.8
Education and Prevention	6.2	5.3	6.3	6.3
Research and Epidemiology	17.8	15.6	18.7	16.7
Care, Treatment and Support	5.4	3.3	8.6	6.4
Coordination and Collaboration	1.5	1.0	1.7	1.5
TOTAL	40.7	35.6	45.0	40.7

There are several rather disturbing trends apparent in the table and the accompanying discussion in the report.

It should be noted that 1995 allocations directly correspond to the average of the previous two years expenditures. Neither of these years, or in fact any other previous pattern of expense has been evaluated as to effectiveness, and yet an average of these two record-high years has been accepted by the Sub-Committee on the advice of stakeholders and grant recipients.

Another observation is that actual care treatment and support of AIDS victims falls far down the ladder of priority. It is in fact approximately 1/6 of the overall budget. Arguments for funding that relate to the high costs of drugs and care for an AIDS sufferer (approximately \$100,000 per patient and much of which lies outside traditional healthcare) are obviously well down the priority list of the AIDS Strategy, well after funding for awareness and "behavioral change" within the education and community programs. The rather vague and unaccountable program expenditures going towards community action (\$9.8 million) and education and prevention (\$6.3 million) are given funding approximately equal to that of research (\$16.7 million).

Recommendation:

Clear criteria must be established by Health Canada to ensure that there is a balance of funding priorities within the different components of the National AIDS Strategy.

PROGRAM EVALUATION AND CO-ORDINATION

There is some debate as to the efficacy of strategies of this type. This is reflected in the testimony of several witnesses as well as research reports from Switzerland, a country that has the highest reported AIDS rate in Europe . A mid-term review was called for, but will not be available until later this year.

In fact the results of the pending mid-term review should be mandatory for both the design and funding decisions that must be made by the committee in its recommendations. It is entirely inappropriate to be making long term commitments with no basis from experience.

Recommendation:

The results of the mid-term review must be included in the Sub-Committee's report in order to properly assess the effectiveness of the management and administration of the National AIDS Strategy.

Upon receipt of the mid-term review, the Sub-Committee must rigorously examine its findings in order to strengthen the accountability of the National AIDS Strategy.

The Report's eighth recommendation advises that "the Minister of Health ensure that funds earmarked for the National AIDS Strategy are properly managed" (p. 17). However, this recommendation has no mechanism to ensure that goal.

Recommendation:

A comprehensive program evaluation of the National AIDS Strategy must be conducted to examine the Strategy based upon the themes of efficiency, effectiveness and possible alternatives for program delivery.

The Minister must be held fully responsible for decisions made.

The Sub-Committee recommends in its twelfth recommendation that Health Canada should "re-address the issue of core vs. project funding" (p. 24). Yet, as the Sub-Committee's report has indicated, there are already problems associated with the misuse and mismanagement of funds that the mid-term review is currently examining. A shift to entrenched, and often unaccountable operational funding, will not resolve those problems, and may in fact compound the dilemma of obtaining meaningful evaluations in the future.

Recommendation:

Project Funding must not be abandoned in favor of core funding. Both core and operational funding under the AIDS Community Action Program must be thoroughly evaluated on a regular basis in order to ensure the effective and efficient allocation of those resources.

The Sub-Committee's report has also failed to consider the cost to Health Canada and the government for implementing its recommendations. The twenty-three recommendations are open-ended.

Recommendation:

The Sub-Committee must conduct a thorough cost analysis of its recommendations in order to properly assess the impact upon the Health Canada's resources and those resources allocated to the National AIDS Strategy.

GOVERNMENT ACTIVISM, CHILDREN AND FAMILIES

The report took into account epidemiological data from around the world but failed to reflect on related research as to the effects of similar "integrated" approaches in other places. A Swiss Study of a program very similar to the Integrated Aids Strategy has some disturbing implications. This multifaceted intervention program involved a five year public campaign aimed at increasing condom use in Switzerland and focusing on "safer sex". The data indicated that in three years into the program "*girls aged 16 and younger tended to exhibit a higher rate of sexual activity*"(italics added). "From 1987 to 1990 the percentage of 16 year olds who had had sex increased from 36 to 57 percent in females and from 58 to 63 percent in males".⁵

Our National AIDS Strategy reflects the same mindset as the Swiss model and this approach is maintained in the Subcommittee report recommendations. For instance, the report discusses the dismantling of "barriers to the effectiveness of prevention measures" which are identified as "attitudes", "restrictions on the use of language" and "access to schools and residential facilities" (p. 27).

The report also discusses proposals by witnesses that advocate the "mandatory inclusion of sexual health programs in secondary schools" and that advocate the use of television education programs to inform children and adolescents about HIV/AIDS. For

⁵ "Dealing With AIDS: Quo Vadis?". Stephen and Shelagh Genuis. Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada March 1995. p. 220.

instance, the Canadian Foundation for AIDS Research (CANFAR) has funded and distributed the “AIDS Scare/AIDS Care” program to presidents of high school student councils across the country.

These “education” efforts with unknown behavioral implications have also extended to our young children. During the hearings, members of the Sub-Committee discussed the idea of distributing the “storybook” about HIV/AIDS — *Come Sit by Me* — to primary schools for children aged 4 to 8 across the country (pp. 30-31).

Recommendation:

Prevention and education strategies funded by Health Canada and the federal government must be properly evaluated and vetted through public process. Education should not promote earlier sexual activity. Government programs that put youth or other Canadians at an increased health risk through induced behavioral changes should be abolished.

CONCLUSION

The Sub-Committee’s report has failed to consider the issues of financial accountability, government intrusion and process related to its examination of the National AIDS Strategy. As legislators, we have the responsibility to properly weigh the options and consequences to preserve and enhance the health of all Canadians.



UNE ÉTUDE DE LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE SIDA : RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR LE VIH/SIDA

**Le 5 décembre 1995
Comité permanent de la santé**



Service des publications

**UNE ÉTUDE DE LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE
SIDA : RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR LE VIH/SIDA**

**Le 5 décembre 1995
Comité permanent de la santé**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Comité permanent de la santé

a l'honneur de présenter son

HUITIÈME RAPPORT

Conformément aux articles 108(1) et 108(2) du Règlement, le Comité permanent de la santé a créé un Sous-comité sur le VIH/sida au mois de novembre 1994. Le Premier rapport du Sous-comité concernant la Stratégie nationale sur le VIH/sida a été adopté par le Comité permanent de la santé et il était convenu de présenter le rapport qui suit à la Chambre :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION	1
ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DU SIDA	2
A. Canada	2
B. États-Unis	4
C. Monde	5
LEADERSHIP, COORDINATION ET PARTENARIAT	5
A. Leadership au niveau national	5
B. Comité consultatif national sur le sida (CCN-SIDA)	8
C. Leadership international	9
BUDGET DE LA STRATÉGIE	10
A. Budget total de la Stratégie	10
B. Rôle du secteur privé	15
ACTION COMMUNAUTAIRE	17
ÉDUCATION ET PRÉVENTION	21
A. Obstacles à l'efficacité des mesures de prévention	23
B. Prévention générale ou à caractère spécifique?	25
SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN	30
RECHERCHE	35
A. Essais cliniques	36
B. Recherche fondamentale	40
ACCÈS AUX MÉDICAMENTS POUR RAISONS HUMANITAIRES	46
PAUVRETÉ ET DISCRIMINATION	50
A. Pauvreté	50
B. Discrimination	53
 DEMANDE DE RÉPONSE GLOBALE DU GOUVERNEMENT	 57
 ANNEXE A — Liste des témoins	 59
 L'OPINION DISSIDENTE DU PARTI RÉFORMISTE CONCERNANT L'ÉTUDE DE LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE SIDA	 63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAN!	<i>AIDS Action Now!</i>
ACDI	Agence canadienne de développement international
ACIM	Association canadienne de l'industrie du médicament
ACSP	Association canadienne de santé publique
ACRV	Association canadienne de la recherche sur le VIH
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AMC	Association médicale canadienne
AZT	Zidovudine
CANFAR	Fondation canadienne pour la recherche sur le sida
CCN-Sida	Comité consultatif national sur le sida
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
COCQ-Sida	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
CPAVIH	Comité des personnes atteintes du VIH du Québec
CRM	Conseil de recherches médicales du Canada
DGPSS	Direction générale des programmes et services de santé (Santé Canada)
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PACS	Programme d'action communautaire sur le sida (Santé Canada)
PMU	Programme des médicaments d'urgence (Santé Canada)

PNRDS :	Programme national de recherche—développement en santé (Santé Canada)
RCE :	Réseau canadien pour les essais cliniques VIH
SCC :	Service correctionnel Canada
SCH :	Société canadienne de l'hémophilie
SCS :	Société canadienne du sida
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur le VIH/sida de la Chambre des communes a été créé par le Comité permanent de la santé en novembre 1994. Le mandat particulier du Sous-comité est le suivant :

Étudier la progression du VIH ainsi que la prévention, le traitement et le soutien des personnes atteintes du VIH/sida, entre autres, l'incidence des facteurs reliés à la pauvreté et à la discrimination.

Lors de sa première réunion, le Sous-comité a adopté une démarche comportant diverses étapes. Dans un premier temps, les membres du Sous-comité ont convenu d'examiner le rôle que joue le gouvernement fédéral dans la lutte contre le VIH/sida et ils se sont entendus sur le cadre de référence suivant :

Examiner les questions de santé qui entourent le VIH/sida (recherche, éducation et prévention, prestation de soins et traitement aux personnes atteintes du VIH/sida et soutien pour les personnes atteintes ainsi que celles qui leur fournissent des soins) en vue de cerner les lacunes de la Stratégie nationale sur le sida et d'en renforcer les mesures.

Pour mener à terme cette première étape, le Sous-comité a adopté la démarche suivante :

1. Obtenir de la part de la ministre de la Santé et de hauts fonctionnaires du ministère un aperçu de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida;
2. Obtenir de la part des organismes nationaux actifs dans le domaine du VIH/sida qu'ils soumettent leurs vues et fassent part de leur expérience en ce qui concerne la phase II de la Stratégie nationale sur le sida; et
3. Déterminer les forces et les faiblesses des programmes de mise en application de la phase II de la Stratégie.

En second lieu, il a été décidé que les aspects particuliers de la pauvreté et de la discrimination feraient l'objet d'une étude plus approfondie après l'examen de la politique fédérale en matière de VIH/sida. Le Sous-comité tient à préciser le mandat particulier qu'il a adopté à cet égard :

1. Déterminer comment la pauvreté, la discrimination et d'autres facteurs nuisent à la fourniture d'information sur le sida, à la réalisation d'initiatives de prévention et de traitement et à la prestation de mesures de soutien pour les groupes marginalisés comme les homosexuels, les lesbiennes et les bisexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les femmes à faible revenu et leurs enfants,

les enfants de la rue, les prostitué(e)s, les Autochtones, les prisonniers et d'autres; et

2. Déterminer les questions, ainsi que les approches qui pourraient mener à des solutions, particulièrement au niveau fédéral, dans des domaines tels que la protection des droits de la personne et le soutien du revenu.

Par ailleurs, au cours de ses travaux, le Sous-comité a été informé que l'accès aux médicaments expérimentaux constituait un élément important dans le traitement des personnes séropositives et il a convenu qu'il apportera une attention particulière à ce sujet.

Ce rapport constitue le premier rapport du Sous-comité et complète le premier volet de son mandat, à savoir l'examen de la Stratégie nationale sur le sida. Les audiences se sont déroulées du 14 décembre 1994 au 31 mai 1995 et, comme en fait foi l'Annexe A, le Sous-comité a entendu une vaste gamme de témoins, y compris la ministre fédérale de la Santé, de hauts fonctionnaires fédéraux, des individus et des organismes nationaux et communautaires engagés dans la lutte contre le VIH/sida au Canada, des organisations représentant des professionnels de la santé ainsi que certaines entreprises du secteur privé.

Le rapport du Sous-comité discute brièvement de l'épidémiologie du VIH et du sida au Canada et dans le monde. Ensuite, des volets particuliers de la Stratégie nationale sur le sida sont examinés, soit : le leadership, la coordination et le partenariat; le budget de la Stratégie; l'action communautaire; l'éducation et la prévention; les soins, traitements et le soutien; et la recherche. Enfin, le rapport résume les témoignages reçus jusqu'à ce jour relativement à l'accès humanitaire aux médicaments de recherche ainsi qu'aux problèmes liés à la pauvreté et à la discrimination.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH ET DU SIDA

A. Canada

À la fin de décembre 1994, un total cumulatif de 10 689 cas de sida avaient été signalés au Canada. Là-dessus, 7 471 personnes étaient décédées. Après rajustement de ces chiffres pour tenir compte de la sous-déclaration et des retards dans les déclarations, la Division de l'épidémiologie du VIH/sida de Santé Canada croit que, à la fin de 1993, le nombre véritable de cas de sida diagnostiqués au Canada était d'environ 14 000¹; elle estime que, au premier trimestre de 1995, le nombre doit être passé à 15 000². Selon David Garmaise, directeur exécutif, Société canadienne du sida (SCS) :

¹ Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Mise à jour de surveillance : le sida au Canada*, Ottawa, janvier 1995, 31 pages.

² Société canadienne du sida, *Mémoire*, 15 février 1995, p. 4.

Il nous a fallu 15 ans pour que le nombre de cas s'élève à 15 000. Nous prévoyons que 15 000 autres cas viendront s'ajouter au cours des cinq prochaines années. C'est chez les femmes et les utilisateurs de drogues injectables que l'on constate l'augmentation la plus rapide du nombre de cas³.

Il peut arriver qu'il faille dix ans et même plus pour qu'un séropositif tombe malade et que le sida ne soit diagnostiqué. Par conséquent, les statistiques actuelles sur le sida ne révèlent que l'état de l'épidémie il y a dix ans. La politique sur la déclaration du sida varie d'une province à l'autre. Par conséquent, nous ne possédons pas d'estimation exacte sur le nombre de Canadiens séropositifs, mais les experts situent le nombre des personnes infectées entre 30 000 et 55 000⁴ ou, estimation prudente, un Canadien sur 1 000.

À la fin des années 80, l'incidence des nouveaux cas d'infection par le VIH a diminué de façon constante chez les hommes homosexuels et bisexuels. Aujourd'hui, toutefois, le taux d'incidence semble avoir recommencé à augmenter, et il est plus élevé chez les jeunes homosexuels et bisexuels que chez les hommes homosexuels plus âgés. De plus, le visage du VIH se transforme. De nos jours, la propagation la plus rapide de l'infection par le VIH s'observe chez les femmes et chez les utilisateurs de drogues injectables. En Ontario, province où il existe un réseau de postes de dépistage du VIH où l'anonymat des patients est respecté, on dénombre entre 110 et 120 cas de séropositivité par mois; là-dessus, 9,1 p. 100 sont des femmes, contre 1,3 p. 100 en 1985-1986. En Alberta et en Colombie-Britannique, les femmes représentent près de 10 p. 100 de la population des séropositifs. Les taux de séroprévalence chez les femmes enceintes à Terre-Neuve et au Québec sont beaucoup plus élevés que dans le reste du Canada⁵. Au 31 décembre 1994, 19,5 p. 100 des personnes chez qui on avait diagnostiqué le sida à Terre-Neuve étaient des femmes⁶.

Parmi les 10 059 cas de sida chez les hommes, 2,5 p. 100 ont déclaré que l'usage de drogues injectables était leur seule activité comportant des risques d'infection par le VIH, tandis que 3,9 p. 100 ont déclaré comme activité à risque l'injection de drogues et des relations sexuelles avec d'autres hommes. Chez les 630 femmes atteintes du sida, 12,7 p. 100 utilisaient des drogues injectables⁷. Un examen du groupe des consommateurs de drogues injectables révèle des statistiques profondément alarmantes.

³ Chambre des communes, *Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur le VIH/sida du Comité permanent de la santé*, fascicule n° 2, p. 4 (dans le reste du texte, références indiquées par numéros de fascicule et de page seulement).

⁴ Société canadienne du sida, *Mémoire*, 15 février 1995, p. 5.

⁵ *Ibid.*

⁶ Santé Canada, *Mémoire*, janvier 1995.

⁷ *Ibid.*

À Toronto, dans un groupe de ces toxicomanes en traitement, 9 p. 100 étaient séropositifs. Des études menées à Montréal entre 1991 et 1993 ont montré que les taux de séroprévalence se situaient entre 15,2 et 16,4 p. 100. À Vancouver, le nombre de ces toxicomanes qui sont séropositifs a triplé en un an (de l'été 1993 à l'été 1994), et une progression semblable a été observée dans d'autres régions de la Colombie-Britannique⁸. Des études réalisées dans des prisons provinciales ont donné des taux de séroprévalence de 5-7 p. 100 au Québec, 1,1 p. 100 en Colombie-Britannique et 1,0 p. 100 en Ontario. Ces taux reflètent le nombre élevé de consommateurs de drogues injectables dans les prisons au Canada.

Le Sous-comité est d'avis que la progression du sida est appelée à se maintenir dans les prochaines années au Canada et, par conséquent, il recommande :

- 1. Que Santé Canada maintienne une stratégie appropriée et intégrée de lutte contre le sida, stratégie dotée d'un budget correspondant⁹.**

B. États-Unis

Les statistiques américaines révèlent que, à la fin de décembre 1994, il existait 464 664 cas déclarés de sida. Par conséquent, le taux de sida par habitant est en gros quatre fois plus élevé aux États-Unis qu'au Canada. Le VIH et le sida touchent de plus en plus la population hétérosexuelle américaine. La proportion des nouveaux cas de sida contracté après des contacts hétérosexuels est passé de 1,9 p. 100 en 1985 à plus de 9 p. 100. En outre, l'injection de drogues et les activités homosexuelles n'ont pu être identifiées comme facteurs de risque dans près de la moitié des nouveaux cas. À l'heure actuelle, il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes parmi les séropositifs, mais le taux d'augmentation des cas de sida est d'environ 50 p. 100 plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Si cette importante différence se maintient, l'écart entre le nombre d'hommes et de femmes atteints du sida se rétrécira considérablement. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Sous-comité, la Société canadienne du sida a signalé que, même si la propagation du VIH demeure liée à des comportements à risques élevés, elle n'est plus limitée aux groupes considérés comme à risque par le passé. La SCS a sonné l'alarme, disant que les tendances observées aux États-Unis pourraient se retrouver au Canada «si nous n'accentuons pas nos efforts et ne luttons pas de façon énergique contre le VIH à l'aide des mesures préventives appropriées¹⁰».

⁸ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 6-7.

⁹ Le Bloc Québécois croit que le rapport doit affirmer avec force et détail qu'il est indispensable de maintenir une stratégie intégrée de lutte contre le sida, stratégie dotée d'un budget global et réservé. Ce qui implique nécessairement une phase III à la présente Stratégie nationale sur le sida.

¹⁰ *Ibid.*, p. 7.

C. Monde

On estime qu'il y a dans le monde entier 4,5 millions de cas de sida et 19,5 millions de séropositifs. On prévoit, d'ici l'an 2000, 10 millions de cas de sida. Il y a chaque jour 6 000 nouveaux cas d'infection par le VIH, dont 75-85 p. 100 dans les pays en développement; d'ici l'an 2000, ce pourcentage devrait passer à 85-90 p. 100. Jusqu'à maintenant, c'est l'Afrique qui a été le continent le plus durement frappé, avec plus de 10 millions de cas de séropositivité. Dans certaines grandes villes africaines, le virus est présent dans plus du tiers de la population sexuellement active. Selon les estimations, il y a 2,5 millions de séropositifs en Asie, mais c'est sur ce continent que le taux de propagation est le plus rapide, si bien que l'Asie devrait «rejoindre» l'Afrique d'ici l'an 2000¹¹. À la différence de ce qu'on observe en Amérique du Nord et en Europe, le phénomène du sida, en Afrique et en Asie, touche beaucoup plus les hétérosexuels sexuellement actifs.

LEADERSHIP, COORDINATION ET PARTENARIAT

A. Leadership au niveau national

Il est reconnu que la collaboration et le partenariat permettent d'éviter les chevauchements et les doubles emplois et de tirer profit de l'expérience acquise et des succès remportés. Pour être efficace, le partenariat doit reposer sur une bonne coordination et un leadership soutenu. Au cours de son témoignage¹², la ministre de la Santé a insisté sur le fait qu'un des thèmes majeurs de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida, c'est le partenariat. Elle a indiqué que le gouvernement fédéral assure un leadership au niveau national, par le biais de discussions lors des rencontres avec ses homologues provinciaux et d'échanges lors des réunions du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida. Le gouvernement fédéral, a-t-elle dit, s'efforce de consolider les partenariats existants et d'encourager les nouveaux. Madame Marleau¹³ a aussi précisé que tous les autres partenaires — y compris les organismes non gouvernementaux (ou partenaires nationaux), les organismes communautaires, des chercheurs, des médecins et d'autres soignants, les personnes vivant avec le VIH/sida et même le secteur privé — ont un rôle important à jouer dans la lutte contre l'épidémie du sida.

Pourtant, la Société canadienne du sida (SCS) juge que ni la ministre de la Santé ni le Secrétariat national sur le sida n'assurent de leadership. Dans son mémoire, la SCS

¹¹ *Ibid.*, p. 8.

¹² L'honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada, Discours devant le Sous-comité, 8 février 1995, p. 1.

¹³ *Ibid.*, p. 4.

reproche ce manque de leadership à plusieurs niveaux¹⁴. Par exemple, la SCS s'insurge du fait que la ministre n'a rien fait lorsque le ministère de la Défense a voulu congédier Simon Thwaites parce qu'il était séropositif. De la même manière, la Société s'indigne que la ministre ne s'est pas opposée à l'idée du dépistage obligatoire chez les travailleurs de la santé de l'Alberta. Par ailleurs, elle dit regretter le fait que le gouvernement fédéral n'a pas démontré de leadership pour élaborer un plan d'action à l'égard des utilisateurs de drogues injectables, même si le taux d'incidence du VIH chez ceux-ci monte en flèche. La SCS dit aussi que Santé Canada ne donne pas suite aux recommandations issues de rapport de groupes de travail ou de conférences sur le sida; le gouvernement fédéral, explique-t-on, limite son action à rédiger des rapports et préparer des conférences au lieu de mettre en oeuvre des stratégies précises. La SCS a soutenu que :

Le gouvernement fédéral semble bien plus capable d'organiser des conférences et de publier des rapports que de mobiliser des gouvernements, des organismes et des individus pour mettre en oeuvre des stratégies précises ou de se prononcer sur les questions de l'heure¹⁵.

Les cinq principaux partenaires ont dit mal comprendre le fait que la ministre ait refusé de financer une proposition de recherche qu'ils ont soumise en collaboration. En particulier, la SCS a soutenu que :

Le rejet de cette proposition sans qu'elle ait fait l'objet d'une discussion avec les partenaires nationaux envoie des messages très négatifs quant à l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard de la recherche sur le sida et du concept de partenariat¹⁶.

Aux yeux de la SCS, le Secrétariat national sur le sida est en grande partie responsable du manque de leadership et de coordination. Il devrait réunir les intervenants, discuter des préoccupations, arriver à un consensus et mettre au point des stratégies. En dépit du fait que le Secrétariat et les cinq principaux partenaires se réunissent tous les trois mois¹⁷, la SCS juge que les intervenants ne sont pas vraiment consultés : il en résulte un manque de leadership, de coordination, un manque de vision et d'orientations concrètes, de même qu'un manque d'objectifs et de buts précis.

La Société canadienne de l'hémophilie (SCH) partage le même avis. Lors de sa comparution, Durhane Wong-Rieger, présidente de la SCH, a affirmé que l'absence de politiques claires constitue la grande faiblesse de la Stratégie. Pourtant, estime-t-elle :

¹⁴ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 11 à 15.

¹⁵ *Ibid.*, p. 15.

¹⁶ *Ibid.*, p. 20.

¹⁷ Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et services de santé (Santé Canada), Allocution d'ouverture, 10 mai 1995.

Il faut des politiques axées sur des résultats précis, ce qui permettra de coordonner les programmes. Nous sommes l'un des cinq partenaires nationaux et, pourtant, nous n'avons jamais su clairement quels sont les résultats escomptés de la Stratégie nationale sur le sida. Nous ignorons quels sont les principes de base. Nous ignorons ce que la Stratégie tente de réaliser. Nous n'en connaissons même pas les priorités. C'est essentiel (...) si l'on veut éviter la rivalité, les doublons et si l'on veut engendrer la concertation des programmes du gouvernement, des ONG et des groupes communautaires pour qu'il y ait la synergie des efforts (5:7).

Selon madame Wong-Rieger, les programmes de la Stratégie ne sont pas bien coordonnés. Les projets pilotes qui sont financés ne l'ont pas été avec la collaboration des provinces de sorte que rien ne garantit qu'ils seront maintenus ou repris par d'autres. Même si le gouvernement fédéral finance l'élaboration des guides à l'intention des professionnels, rien ne garantit que les lignes directrices et les conseils seront suivis ou que les provinces et leurs systèmes de santé les adopteront. Aux yeux de madame Wong-Rieger, la lutte contre l'épidémie du VIH/sida pourrait être beaucoup plus efficace s'il y avait plus de concertation et une meilleure orientation :

(...) nous pourrions être des partenaires plus efficaces (...) si nous savions mieux dans quelle direction le gouvernement est engagé. Quelles sont les priorités? Quels sont les objectifs de la Stratégie nationale sur le sida? Il faut avoir un dialogue plus continu avec le gouvernement pour collaborer à l'élaboration des politiques et des lignes directrices (5:13).

Les personnes qui vivent avec le VIH/sida ont un important rôle à jouer dans le cadre de ces partenariats. Comme l'a mentionné Douglas Buckley-Couvrette, directeur général du Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) :

Quand on dit que nous avons des idées pour freiner la progression du VIH, on fait référence à l'expertise des personnes vivant avec le VIH/sida quant à leur propre maladie. Elles peuvent partager leur expertise avec les différents partenaires, dont l'industrie pharmaceutique, les médecins traitants et le gouvernement fédéral, dans le développement de politiques contre le sida. Donc, c'est un appel à la concertation et à une reconnaissance de l'expertise communautaire, surtout des personnes atteintes du VIH/sida, dans ce domaine-là (6:39).

Dans l'ensemble, les témoins qui ont comparu devant le Sous-comité ont reconnu que le leadership, la collaboration, le partenariat et la coordination constituent les éléments essentiels pour une stratégie soutenue et durable à l'échelle du pays. Si les partenaires nationaux et les groupes communautaires ont leurs finalités propres, les rôles du gouvernement fédéral, de Santé Canada et du Secrétariat national sur le sida semblent mal définis, le leadership national est plutôt faible et les orientations, priorités et objectifs de la Stratégie méritent d'être clarifiés. En conséquence, le Sous-comité recommande :

2. **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada, améliore sa capacité de leadership dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida au Canada;**
3. **Que Santé Canada et le Secrétariat national sur le sida définissent mieux et assurent d'une manière plus efficace leur rôle respectif quant à la coordination de la Stratégie nationale sur le sida;**
4. **Que Santé Canada, en collaboration avec les partenaires qui oeuvrent dans la lutte contre le VIH/sida, redéfinisse les orientations, les priorités, les objectifs et les résultats escomptés de la Stratégie nationale sur le sida.**

B. Comité consultatif national sur le sida (CCN-SIDA)

Le CCN-SIDA a été créé par le gouvernement fédéral. Le Comité, qui se compose de 12 personnes choisies pour leurs compétences et leur expérience dans le domaine du VIH/sida, a pour mandat de conseiller la ministre de la Santé sur les priorités, les politiques et les orientations à suivre dans le cadre de la Stratégie¹⁸. La Société canadienne du sida a informé le Sous-comité que tout le travail réalisé par le CCN-SIDA est strictement secret. Ses membres ne sont pas autorisés à partager leur travail et leurs avis. Les procès-verbaux de leurs réunions ne sont pas disponibles. Leurs rapports ne sont pas rendus publics dans la plupart des cas. La SCS juge que le caractère confidentiel des travaux et documents réalisés par le CCN-SIDA ne concorde pas du tout avec le thème de partenariat auquel on fait référence à maintes reprises dans la Stratégie nationale sur le sida¹⁹.

Le Dr Catherine Hankins, de l'Association canadienne de la recherche sur le VIH (ACRV), a fait partie du CCN-SIDA pendant huit ans. Voici ce qu'elle a révélé aux membres du Sous-comité :

Ce fut une expérience incroyablement frustrante parce que nous avons beaucoup travaillé. Nous avons préparé des rapports et écrit une stratégie nationale sur la toxicomanie, une stratégie nationale sur la femme et une sur le VIH. Tout a été mis sur les tablettes. Le ministre a refusé de diffuser ces documents, même pour discussion, et j'ai trouvé cela inconcevable. (...) c'est un comité qui a fonctionné à huis clos. Ce n'est pas ce qui aurait dû se produire (2:42).

Le CCN-SIDA pourrait jouer un rôle plus vaste dans le cadre de la stratégie et le résultat de ses activités mériterait d'être plus largement diffusé. En conséquence, le Sous-comité recommande :

¹⁸ Société canadienne du sida, *Mémoire*, 15 février 1995, p. 27.

¹⁹ *Ibid.*, p. 28.

5. **Que le Comité consultatif national sur le sida participe pleinement aux travaux visant à redéfinir les orientations, les priorités, les objectifs et les résultats escomptés de la Stratégie nationale sur le sida;**
6. **Que tous les rapports préparés par le Comité consultatif national sur le sida soient rendus publics pour fins de discussions.**

C. Leadership international

Au moment de l'annonce de la phase II de la Stratégie, le gouvernement fédéral s'était engagé à définir une composante internationale. Lorsqu'elle a comparu devant le Sous-comité, la ministre de la Santé a affirmé que le Canada joue un rôle de leadership au niveau international. Madame Marleau a indiqué qu'elle et le premier ministre ont participé au Sommet de Paris sur le sida tenu en décembre 1994. Elle a également mentionné que le gouvernement fédéral finance les conférences internationales de Montréal (1995) et de Vancouver (1996). En outre, la ministre a précisé qu'elle a discuté des problèmes liés au VIH/sida avec ses homologues des États-Unis et d'ailleurs à l'occasion de la 47^e assemblée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a soutenu que la participation du Canada à de telles rencontres internationales permet de mieux coordonner les efforts de lutte contre le sida, d'éviter les dédoublements, de favoriser le partage de l'information et de montrer que le Canada est vraiment résolu à oeuvrer pour l'éradication du VIH/sida²⁰.

Pourtant, des témoins ont soutenu que la Stratégie n'aborde pas véritablement le volet international de lutte contre le sida. Ils se sont dits déçus que la Stratégie n'ait qu'un caractère national et que le Secrétariat national sur le sida n'ait aucun rôle particulier à l'échelle mondiale. De son côté, la Société canadienne du sida a informé le Sous-comité que le travail de l'ACDI ne fait pas partie de la Stratégie et que même si l'Agence finance des projets en Afrique, elle n'a financé aucun projet en Asie depuis 1989 et ce, en dépit du fait que l'épidémie se propage en Asie bien plus rapidement que partout ailleurs au monde²¹. D'après la SCS, le gouvernement fédéral ne finance pas non plus les organisations non gouvernementales de lutte contre le sida au niveau international²².

Pour sa part, le Dr Hankins de l'ACRV a affirmé que le gouvernement fédéral n'assumait pas de leadership en matière de recherche au niveau international même si les Canadiens contribuent de plusieurs façons à l'effort international au niveau de la recherche, comme consultants pour l'OMS ou pour le programme de développement des Nations Unies. Selon le Dr Hankins, il est décourageant de constater que ces efforts ne

²⁰ L'honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada, Discours devant le Sous-comité, 8 février 1995, p. 2.

²¹ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 26.

²² *Ibid.*

sont pas coordonnés, ni regroupés. Elle a dit qu'il n'y a pas de dialogue entre les participants, qu'il n'y a pas de table autour de laquelle les principaux intervenants pourraient se réunir et partager leur expérience. Les chercheurs canadiens sont peu connus au niveau mondial en dépit de leur grande compétence. Il en résulte, d'après elle, que les Canadiens sont sous-représentés dans tous les programmes des Nations Unies sur le sida (2:38). La Société canadienne du sida a elle aussi discuté du peu de coordination de la part du gouvernement fédéral à l'égard de la recherche biomédicale au niveau international. Pourtant, il serait important que les chercheurs au Canada ne répètent pas le travail effectué dans d'autres pays :

Il s'avère essentiel de s'assurer qu'il ne subsiste aucune lacune — c'est-à-dire, que toutes les questions relatives à la recherche en science fondamentale et en science clinique soient abordées. Le Canada doit exercer certaines pressions en ce sens²³.

Dans l'ensemble, qu'il s'agisse de la recherche, des projets communautaires entrepris à l'étranger ou des mesures innovatrices de lutte contre le sida développées par les gouvernements d'autres pays, le manque de coordination augmente les chevauchements, entrave la diffusion de l'information et ne reflète pas les efforts déployés par les Canadiens — qu'ils soient chercheurs, bénévoles ou politiciens — pour combattre l'épidémie du VIH/sida. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 7. Que Santé Canada développe, dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, un volet international spécifique qui lui permette d'assurer un meilleur leadership au niveau mondial et d'améliorer la coordination des efforts des différents pays dans la lutte contre le VIH/sida.**

BUDGET DE LA STRATÉGIE

A. Budget total de la Stratégie

Lors de sa comparution, la ministre de la Santé a rappelé que, lorsque le gouvernement fédéral a annoncé le renouvellement de la Stratégie, il s'est engagé à verser 40,7 millions de dollars par an jusqu'en mars 1998, ou 203,5 million de dollars pour les cinq années de la phase II de la Stratégie. De plus, le gouvernement avait annoncé qu'un montant discrétionnaire pouvant atteindre au maximum 1,5 millions de dollars pourrait être puisé chaque année, pendant cinq ans, à même le budget de Santé Canada de façon à répondre à des urgences non prévues pouvant survenir au cours de la phase II de la Stratégie. À moins d'une situation d'urgence, la ministre de la Santé n'entend pas utiliser ces fonds. Elle a d'ailleurs précisé qu'elle n'est pas tenue de dépenser la totalité des fonds discrétionnaires :

²³ *Ibid.*, p. 27.

Je tiens à vous dire que, à moins que tous les autres fonds destinés au sida ne soient épuisés et qu'il n'y ait une urgence, je n'irai pas puiser dans le financement destiné aux enfants pauvres, aux Autochtones, à la santé des femmes, ou au cancer chez les femmes. C'est ce que j'aurais à faire, monsieur le président, et ce sont là des décisions très difficiles (1:16).

Si l'on tient compte de la totalité de ces fonds discrétionnaires, le montant annuel moyen que Santé Canada pourrait consacrer au total à la lutte contre le VIH et le sida s'élève à 42,2 millions de dollars (soit 40,7 + \$1,5 millions \$). Toutefois, la Société canadienne du sida a affirmé que le gouvernement fédéral ne dépense même pas la totalité du budget de la Stratégie. Au cours de son témoignage devant le Sous-comité, David Garmaise, directeur général de la SCS, a estimé qu'un montant d'environ 1,75 millions de dollars n'a pas été dépensé en 1993-1994 (2:6). Le Sous-comité a demandé plus de détails à ce sujet à Santé Canada. Les informations fournies par le ministère sont reproduites dans le tableau suivant :

BUDGET DE LA PHASE II DE LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE SIDA (en millions de dollars)

VOLET	Affectation moyenne annuelle	Dépenses réelles de 1993-1994	Affectation pour 1994-1995	Affectation pour 1995-1996
Action communautaire	9,8	10,4	9,8	9,8
Éducation et prévention	6,2	5,3	6,3	6,3
Recherche et épidémiologie	17,8	15,6	18,7	16,7
Soins, traitements et soutien	5,4	3,3	8,6	6,4
Coordination et collaboration	1,5	1,0	1,7	1,5
TOTAL	40,7	35,6	45,0	40,7

Source : Selon des informations obtenues de Santé Canada, février et mai 1995.

Dans sa lettre, Kay Stanley, sous-ministre adjointe à la Direction générale des programmes et services de santé (DGPSS), a expliqué que Santé Canada avait reporté des fonds de la Stratégie à l'année suivante. Ainsi, le budget total de la Stratégie s'est élevé à 35,6 millions de dollars en 1993-1994, ce qui revient à dire qu'un montant de 5,1 millions de dollars (soit 40,7 \$ — 35,6 millions \$) n'a pas été dépensé. Madame Stanley a précisé qu'une partie de ce montant, c'est-à-dire 4,2 millions de dollars, a été reportée à l'exercice financier 1994-1995. Cela revient à dire qu'un montant de 0,9 million de dollars (soit \$5,1 - \$4,2 millions) n'a pas été dépensé du tout. Par ailleurs, Santé Canada a puisé un montant total de 650 000 \$ en 1993-1994 à même les fonds discrétionnaires (soit 400 000 \$ pour le Comité organisateur de la conférence de Vancouver et 250 000 \$ à l'intention du *Pacific AIDS Resource Centre* de Vancouver). En conséquence, près de 850 000 \$ (soit 1,5 \$ — 0,65 million \$) n'ont pas été utilisés à partir des fonds discrétionnaires. Si l'on

additionne les deux montants non dépensés, on parvient au budget non dépensé de 1,75 million de dollars estimé par la SCS (0,9 \$ + 0,85 million \$).

Si l'on tient compte des fonds reportés de 4,2 millions de dollars et des fonds discrétionnaires restants de 1,1 million de dollars, le budget total de la Stratégie nationale sur le sida aurait dû atteindre 46 millions de dollars en 1994-1995 (soit 40,7 \$ + 4,2 \$ + 1,1 million \$). Dans une autre lettre au Sous-comité, le ministère de la Santé a indiqué que le budget de 1994-1995 s'est élevé à près de 45 millions de dollars et que le montant de 4,2 millions de dollars a effectivement été reporté.

Par ailleurs, lors de sa comparution, Kay Stanley de la DGPSS a tenu à rassurer le Sous-comité que le budget de la Stratégie n'a subi aucune réduction pour l'année 1995-1996 par suite du budget de février dernier, ce qui, d'après elle, constitue une réalisation majeure compte tenu de l'état actuel des finances gouvernementales²⁴. Pour sa part, la ministre de la Santé a précisé que, compte tenu des difficultés budgétaires, tous les programmes fédéraux sont soumis à un examen dont le but est de vérifier si ces programmes répondent toujours aux besoins du public et s'ils se justifient comme une activité fédérale. La Stratégie nationale sur le sida sera soumise à cet examen :

La lutte contre le sida demeure une priorité du gouvernement; toutefois le financement des activités doit être révisé comme pour tous les autres programmes fédéraux. Je l'ai déjà dit, il est peu probable que de nouveaux fonds soient libérés pour la lutte antisida. Il ne s'agit pas de dépenser tous nos fonds mais de bien les dépenser (1:10).

La ministre a également laissé entendre que le budget pouvait être dépensé à mauvais escient et qu'elle tentera d'empêcher une telle situation :

J'ai eu l'occasion d'observer un phénomène intéressant : lorsque la fin de l'année budgétaire approche, (...) les gens essaient de dépenser tout l'argent qu'on leur a alloué pour l'année, et cela à coups de projets, dont certains sont bons et d'autres moins bons. Je vous avoue que dans certains cas je doute que cela ait été bien utile. (...) Quand on connaît les réalités financières et budgétaires, il faut avant tout éviter de dépenser sans réfléchir tout l'argent qu'il reste, il faut au contraire s'assurer que nous finançons les meilleurs programmes possible et que ces dollars sont dépensés de la façon la plus utile (1:24).

Il est malheureux de constater que les fonds publics peuvent être mal utilisés lorsque l'on sait, par exemple, que des organismes communautaires de lutte contre le sida ne disposent d'aucune source de financement public, que la demande pour le financement accordé dans le cadre de la Stratégie excède l'offre et que les dépenses consacrées à la

²⁴ Kay Stanley, sous-ministre adjointe, Direction générale des programmes et services de santé (Santé Canada), Allocution d'ouverture, 10 mai 1995.

recherche sont insuffisantes. L'examen de mi-parcours, comme le prévoit le mandat de la Stratégie, est présentement en cours et devrait être complété d'ici la fin de l'année. Il faut espérer que l'examen permettra d'éliminer le mauvais usage des fonds consacrés à la lutte contre le sida.

La majorité des témoins ont critiqué le niveau de financement consacré par le gouvernement fédéral dans le cadre de la Stratégie. Par exemple, lorsque la phase II de la Stratégie a été annoncée en 1993, les principaux partenaires nationaux avaient exigé un financement annuel moyen d'au moins 55,3 millions de dollars. Ce niveau de financement avait également été entériné par le Comité spécial sur le sida²⁵. De plus, la SCS a souligné que le financement de la Stratégie a été établi il y a plusieurs années; toutefois, le budget n'a pas été ajusté pour tenir compte du coût de la vie et n'a pas été revu en fonction des besoins croissants des organismes communautaires qui fournissent des soins aux personnes vivant avec le VIH/sida. La SCS a expliqué que, grâce à des traitements plus efficaces, les personnes atteintes du sida vivent heureusement plus longtemps, mais elles ont maintenant besoin de soins et de soutien pendant plus longtemps. La clientèle des organismes augmente de façon constante. Parce que leur budget a été réduit, certains organismes doivent reconsidérer les services qu'ils offrent²⁶. L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a exprimée une opinion similaire et, dans son mémoire, elle a réitéré la recommandation que le financement de la Stratégie nationale sur le sida soit augmenté à 55,35 millions de dollars par année de façon à pouvoir répondre aux besoins croissants liés à l'épidémie²⁷.

David Garmaise de la SCS juge qu'il est primordial d'investir tout de suite afin d'éviter des coûts énormes plus tard :

Le choix que doit faire le Canada, ce n'est pas de savoir s'il doit investir dans la lutte contre le sida, mais de savoir quand il doit investir cet argent. Ou bien des ressources sont attribuées maintenant pour enrayer la propagation du VIH, ou bien il faudra dépenser davantage plus tard pour traiter les personnes devenues séropositives. Pour traiter un cas de sida, il en coûte environ 100 000 \$. Pour en traiter 1 000, il en coûterait 100 millions de dollars (2:6).

Ces coûts et l'investissement nécessaire dans la santé et le VIH/sida risquent de déstabiliser de façon très accentuée les finances publiques dans un avenir rapproché si l'on considère les 15 000 nouveaux cas de sida qui seront déclarés au cours des cinq prochaines années. Seul un investissement précoce et fort pourra éviter de reporter la facture de 10 ou 15 ans.

²⁵ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 15.

²⁶ *Ibid.*, p. 15-16.

²⁷ Association canadienne de santé publique, Mémoire, 1^{er} mars 1995, p. 21.

Les représentants de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) trouvent eux aussi que le gouvernement fédéral ne consacre pas suffisamment d'argent dans la lutte contre le sida et s'offusquent du fait que Santé Canada ne dépense pas la totalité du budget prévu. Pour plusieurs organisations communautaires, il est contradictoire, voire même dangereux, de ne pas consacrer les budgets donnés : «Comment peut-on croire que nos gouvernements ont à coeur la santé de la population lorsque l'on se vante d'avoir économisé des millions aux dépens de la santé»²⁸. De plus, la Coalition a affirmé :

L'économie que le gouvernement fédéral pense avoir réalisée cette année multiplier les dépenses de demain par dix. Un gouvernement qui prive ses citoyens(nes) de soins de santé, un gouvernement qui refuse de voir des réalités en face, un gouvernement qui prive les citoyens(nes) en négligeant de mettre sur pied des campagnes de prévention, à notre avis, est un gouvernement irresponsable et irrespectueux des droits de ses citoyens(nes)²⁹.

La Coalition a recommandé que les sommes qui ont pu être «épargnées» entre 1993 et 1995 soient réinjectées pour l'exercice financier 1995-1996.

Pour sa part, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a reconnu que, avec un budget de la santé de plus en plus serré, il est difficile de faire des choix : «Personne n'aime «troquer» ni mettre en concurrence un type de maladie contre un autre, les personnes vivant avec le sida contre celles vivant avec le cancer, les besoins des enfants contre ceux des aînés»³⁰. L'Association a toutefois maintenu que le gouvernement fédéral doit respecter son engagement et ne pas réduire le budget de la Stratégie. L'AIIC partage l'opinion de la SCS à l'effet que la question n'est pas de savoir s'il faut engager des fonds dans la lutte antisida, mais à quel moment. Il serait malvenu pour le gouvernement fédéral de freiner aujourd'hui le financement de la lutte contre le VIH/sida.

La Société canadienne de l'hémophilie SCH a elle aussi insisté sur le fait que le gouvernement fédéral ne doit pas compromettre le moins la Stratégie et assurer un financement adéquat. Cet argent doit être réparti de façon à faciliter la collaboration plutôt que la rivalité. Les groupes communautaires et même les principaux partenaires se font souvent concurrence pour obtenir le peu de ressources qui existent. Cet état de fait vient contrarier l'intention du gouvernement fédéral qui est de favoriser le partenariat. Durhane Wong-Rieger, présidente de la SCH, s'est dite déçue par les commentaires de la ministre de la Santé qui a dit qu'il n'y aurait pas de fonds supplémentaires (5:7).

²⁸ Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Mémoire, mai 1995, p. 10.

²⁹ *Ibid.*, p. 12.

³⁰ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 9.

Dans l'ensemble, les témoins se sont entendus sur la nécessité d'un budget soutenu pour la Stratégie. Par ailleurs, il importe que les fonds publics soient utilisés à bon escient. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 8. Que Santé Canada assure un financement stable et continu de la Stratégie nationale sur le sida en dépensant la totalité des fonds prévus au cours de chaque année financière;**
- 9. Que la ministre de la Santé s'assure de la bonne gestion des fonds consacrés dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida.**

B. Rôle du secteur privé

Lorsqu'elle a comparu devant le Sous-comité, la ministre de la Santé a indiqué que le secteur privé s'engage de plus en plus dans la lutte contre le sida et elle a affirmé : «L'un des principaux défis que tous les partenaires doivent maintenant relever consiste à trouver de nouvelles façons d'accroître le rôle du secteur privé dans ce domaine»³¹. Le secteur privé regroupe des entreprises, des fondations ou des particuliers qui peuvent fournir des ressources physiques, financières ou humaines : des produits, des services, du financement, des connaissances, de même que des bénévoles qui donnent de leur temps et de leur énergie. Un document produit par le Secrétariat national sur le sida et remis au Sous-comité soutient que le but recherché n'est pas de réduire le soutien du gouvernement fédéral :

Lorsqu'on parle d'encourager les partenariats avec le secteur privé, cela ne sous-entend pas que le gouvernement entend relâcher son engagement envers ses partenaires nationaux; bien au contraire, il désire plutôt le renforcer³².

Au Canada, ce sont les ressources humaines, c'est-à-dire les bénévoles, qui constituent l'initiative privée la plus active dans la lutte contre le sida : on estime qu'environ 10 000 bénévoles s'impliquent chaque année au niveau communautaire et qu'ils consacrent au total près de 1 000 000 d'heures, pour une valeur de 10 millions de dollars³³.

Le Canada compte aussi un certain nombre d'initiatives où des fondations ou des corporations sont impliquées dans la lutte contre le sida. Ainsi, la Fondation canadienne

³¹ L'honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada. Discours devant le Sous-comité, 8 février 1995, p. 4.

³² Secrétariat national sur le sida (Santé Canada), *Stratégie nationale sur le sida — Vers la création de partenariats avec le secteur privé : Document de travail*, mai 1994, p. 1.

³³ Charles Fremes, Affaires d'entreprise et relations publiques, La Brasserie Molson Limitée, présentation orale devant le Sous-comité, 31 mai 1995.

pour la recherche sur le sida (CANFAR) est un organisme national de soutien de la recherche sur le sida qui recueille des fonds auprès du secteur privé. Roger Bullock, directeur général de la CANFAR, a indiqué que les contributions proviennent de sources variées, notamment les particuliers (il peut s'agir de dons en souvenir du décès de quelqu'un ou de legs représentant une partie ou la totalité d'un héritage), des organismes de charité, de sociétés (notamment des compagnies d'assurance et le secteur bancaire) ou par le biais des campagnes de levée de fonds initiées par la Fondation (3:5). Depuis sa création, CANFAR a financé 97 projets de recherche, pour une valeur de 1,95 million de dollars (3:6). La Brasserie Molson s'est elle aussi engagée dans la cause du VIH et du sida en mettant sur pied des projets de levée de fonds. Molson contribue entre autres au financement du spectacle *Dancers For Life* de Toronto et du *Kumbaya Music Festival*, ainsi qu'à l'initiative «ça marche» de Montréal.

Il existe toutefois des obstacles qui entravent la participation du secteur privé dans la lutte contre le sida au Canada. D'une part, un grand nombre de témoins ont expliqué aux membres du Sous-comité que le sida est une maladie relativement nouvelle et encore très stigmatisée. D'autre part, la plupart des gens ne se perçoivent pas encore comme étant à risque et ne reconnaissent pas l'impact du VIH sur la société. Enfin, seule une petite portion de la population canadienne s'est mobilisée pour prendre des moyens d'action contre l'épidémie. Il s'avère donc essentiel de sensibiliser la population quant à l'impact sociétal du VIH et du sida : environ un Canadien sur 1 000 est infecté par le VIH; environ 1 Canadien sur 10 000 est atteint du sida; le sida touche des hommes, des femmes et des enfants de tous les groupes de la population; le VIH/sida engendre des besoins qui grandissent jour après jour en fonction de l'épidémie. «Nous vivons tous la réalité du sida»³⁴.

Pour sa part, Roger Bullock de CANFAR a indiqué que les préjugés associés au VIH/sida rendent difficiles de recueillir des fonds pour financer la recherche sur le sida. Il a expliqué que les compagnies recherchent souvent un rendement sur leur investissement de charité et «la simple responsabilité sociale ou la bonne volonté» ne sont généralement pas des arguments qui suffisent toujours à les convaincre (3:6). Pour convaincre le secteur privé et susciter la participation des entreprises, il faudrait recourir à des arguments d'ordre commercial et lié au marketing.

Des témoins ont aussi mentionné aux membres du Sous-comité que le manque de leadership au niveau fédéral n'a pas convaincu le secteur privé de l'importance du sida. À cet égard, le Secrétariat national sur le sida reconnaît qu'il incombe au gouvernement fédéral, par le biais de son leadership et avec l'aide de ses partenaires nationaux, de créer un environnement et des occasions qui permettront d'obtenir l'appui du secteur privé et de

³⁴ Ibid.

mobiliser ses forces vives³⁵. De plus, le Secrétariat estime qu'il faut créer des compétences en matière de développement et de marketing pour aider les organismes oeuvrant dans le domaine du VIH/sida à obtenir et à conserver l'appui du secteur privé³⁶. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 10. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada, développe une stratégie de communications qui encourage ouvertement les initiatives du secteur privé — entreprises et particuliers — dans la lutte contre le VIH/sida.**

ACTION COMMUNAUTAIRE

Un point particulier a fait l'unanimité tout au long des audiences qu'a tenues le Sous-comité : l'engagement communautaire est depuis toujours l'une des armes les plus importantes dans la lutte antisida. Le Sous-comité s'est fait dire à plusieurs reprises que c'est à la base que les actions de prévention, de promotion et de soutien réussissent le mieux. Les organismes communautaires sont ceux qui offrent les services les plus efficaces, à la fois pour éviter la propagation du VIH (éducation, promotion et prévention) et pour aider les personnes qui sont infectées (soins, traitements et soutien). Les groupes communautaires connaissent leur public, leurs besoins et les clients se sentent à l'aise lorsqu'ils s'adressent à eux.

L'efficacité du travail en milieu communautaire s'explique en grande partie par le rôle primordial joué par les bénévoles. Le AIDS Calgary, par exemple, ne compte que 10 employés; mais il en a en fait 350. Les 340 autres sont les bénévoles qui viennent offrir leur temps et leurs services (2:7). Similairement, la COCQ-SIDA a indiqué que l'ensemble des organismes communautaires au Québec totalise 150 employés permanents, mais plus de 2 500 bénévoles. La Coalition a essayé de comptabiliser en dollars le travail de l'ensemble de ces personnes : elle estime que, pour un investissement de 667 800 \$ par le gouvernement fédéral, près de 5 millions de dollars sont généreusement donnés en temps par la population (calcul basé sur un taux horaire de 10 \$)³⁷.

Le gouvernement fédéral encourage la participation communautaire. Par l'entremise du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS), Santé Canada fournit des fonds à des organismes ou des groupes afin de leur permettre d'entreprendre des activités d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et des activités de soutien et de soins

³⁵ *Ibid.*, p. 6.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Mémoire, mai 1995, p. 5.

communautaires. Tracey Donaldson, responsable du PACS chez Santé Canada, a énuméré les objectifs du programme³⁸ :

1. Atteindre les groupes difficiles à rejoindre et dont les activités les exposent à un risque particulier : les jeunes de la rue, les jeunes gais, les utilisateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les Autochtones, les femmes marginalisées, les populations carcérales, et des groupes ethnoculturels.
2. Appuyer les activités qui aident les personnes vivant avec le VIH/sida à mieux vivre avec leur situation, à retarder l'apparition des symptômes grâce à de meilleures connaissances, à rendre plus accessibles les services, les traitements, les soins et le soutien social.
3. Favoriser la création d'un environnement de soutien social en éliminant les obstacles comme la discrimination, la pauvreté, la peur et la stigmatisation du VIH et du sida qui empêchent certains groupes de jouir d'une bonne santé et d'accéder aux services dont ils ont besoin.
4. Renforcer le développement communautaire.
5. Resserrer les liens de collaboration entre les organismes.

Le PACS offre deux (2) types de financement : le financement de projets ou «PACS ponctuel» et le financement de soutien ou «PACS soutien». Le PACS ponctuel est offert tant au niveau local, régional que national, c'est-à-dire tant aux organismes communautaires qui oeuvrent au niveau local et régional qu'aux organismes non gouvernementaux nationaux (comme les cinq principaux partenaires). Le PACS soutien est réservé à l'intention des groupes communautaires seulement. Le financement de soutien sert à financer le fonctionnement continu ou les opérations quotidiennes des interventions communautaires; il sert à maintenir l'infrastructure, à défrayer les salaires du personnel des groupes communautaires et à assurer le fonds de roulement dont ont besoin les organismes pour recruter, former et gérer les volontaires, pour élaborer leurs programmes et pour assurer la prestation des services. Pour sa part, le financement de projets est plutôt temporaire et se destine à des activités assez précises. Par exemple, Santé Canada a financé le projet *Maggies — Toronto Self-Help Prostitutes Project*, qui est un centre d'information qui offre des services d'éducation et de prévention aux travailleurs et travailleuses de l'industrie du sexe de cette ville³⁹. Toutes les propositions reçues dans le cadre du PACS sont soumises à un processus externe d'examen par les pairs, et celles qui sont retenues font ensuite l'objet d'un examen ministériel.

³⁸ Tracey Donaldson, gestionnaire intérimaire du Programme d'action communautaire sur le sida (Santé Canada), Mémoire, 10 mai 1995, p. 1-4.

³⁹ Santé Canada, Notes d'information : Les femmes et le sida (30 novembre 1994), *Cahier de breffage pour le Sous-comité sur le VIH/sida*, 14 décembre 1994.

Lors de l'annonce de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida, le gouvernement fédéral avait annoncé qu'un budget annuel moyen de 7,5 millions de dollars serait consacré au PACS⁴⁰. En 1993-1994, le financement du programme a été porté à 8,1 millions de dollars grâce à une réaffectation des fonds tirés à même le budget du volet soins, traitements et soutien. Les données financières pour l'année 1994-1995 ne sont pas encore disponibles. Par ailleurs, Barbara Jones, de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida chez Santé Canada, a indiqué que le budget total que l'on prévoit consacrer en 1995-1996 s'élèvera à 7,5 millions de dollars⁴¹.

Les organismes nationaux et les groupes communautaires qui ont comparu devant le Sous-comité ont tous souligné l'importance du PACS pour les collectivités. Les organismes communautaires ont grandement besoin du financement ponctuel et de soutien qu'ils reçoivent dans le cadre du PACS. Comme l'a précisé la SCS, plusieurs de ces organismes ne reçoivent aucune autre source de financement public dans certaines provinces⁴². La SCS a aussi souligné que Santé Canada a fait preuve de beaucoup de générosité à l'égard des organisations nationales dans le domaine du financement de projets⁴³.

Toutefois, des témoins estiment que le financement destiné aux efforts communautaires est insuffisant. Ils ont expliqué que la charge de travail des organismes communautaires augmente en proportion de la croissance de l'épidémie, mais leur financement, lui, n'augmente pas proportionnellement mais, au contraire, diminue. Par exemple, le Sous-comité a été informé que les subventions accordées au *AIDS Nova Scotia* et à la *Nova Scotia Persons with AIDS Coalition* ont été réduites de 20 000 \$ et de 10 000 \$ respectivement en 1994-1995. Pourtant, la clientèle a augmenté de 82 p. 100 pour le *AIDS Nova Scotia* et de 380 p. 100 pour le *Nova Scotia Persons with AIDS Coalition* en un an. Les deux organismes ont décidé de fusionner en 1995-1996; toutefois, on les a informés que leur financement serait à nouveau réduit d'environ 20 000 \$ à 30 000 \$⁴⁴. «Pour qu'on puisse gagner la guerre contre le sida, a soutenu David Garmaise devant le Sous-comité, il faut donner davantage de fonds aux groupes communautaires» (2:4). Le Sous-comité a également appris que la clientèle des organismes s'est diversifiée. Il y a 10 ans, il n'y avait à peu près que des hommes gais; aujourd'hui, il y a aussi des femmes et des Autochtones. Les programmes communautaires ont besoin d'être adaptés à cette nouvelle clientèle. Les organismes doivent répondre à des exigences toujours plus

⁴⁰ Santé Canada, *Stratégie nationale sur le sida : Le financement*, feuillet d'information, mai 1994.

⁴¹ Barbara Jones, chef de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida (Santé Canada), Exposé devant le Sous-comité, 10 mai 1995.

⁴² Société canadienne du sida, *Mémoire*, 15 février 1995, p. 18.

⁴³ *Ibid.*, p. 10.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 17.

nombreuses avec un budget réduit. Par ailleurs, la Société canadienne du sida a tenu à rappeler qu'il y a des organismes communautaires qui ne reçoivent aucuns fonds mais qui en auraient grandement besoin. Il n'y a pas eu de réponse coordonnée entre la Stratégie et ceux des travailleurs de première ligne de sorte que les organisations doivent convertir l'argent destiné au financement de base en fonds destinés aux projets lorsqu'il n'y a pas d'argent disponible ailleurs. La Société a aussi indiqué que l'instabilité et le caractère à court terme du financement limitent grandement les travaux de planification des organismes.

La Société canadienne du sida a également informé le Sous-comité que le gouvernement fédéral compte remplacer progressivement le financement de soutien par le financement ponctuel qu'il verse dans le cadre du PACS. Selon la SCS, cela ne correspond pas du tout aux besoins des organismes de première ligne qui luttent contre le VIH/sida⁴⁵. À cet égard, la COCQ-SIDA a indiqué qu'elle aimerait que les fonds ponctuels soient diminués au profit des fonds de soutien pour pouvoir maintenir et renforcer l'infrastructure communautaire et réaliser plus de projets génériques en collaboration avec d'autres partenaires. Plus précisément, elle recommande que les sommes attribuées à des projets ponctuels soient diminuées au profit des projets de soutien et l'on suggère un transfert de fonds de l'ordre de 25 p. 100⁴⁶. Enfin, la COCQ-SIDA a aussi mentionné que le PACS ponctuel ne permet la réalisation que de projets de courte durée. Toutefois, la Coalition juge qu'il pourrait être intéressant de réaliser des interventions nouvelles à plus long terme, particulièrement en matière d'éducation et de prévention.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a elle aussi souligné l'importance de reconnaître le travail accompli par les organismes communautaires. L'Association juge qu'il faut continuer de les aider et leur donner suffisamment de souplesse pour qu'ils puissent choisir les programmes les plus utiles pour leurs clients. Selon l'AIIC, le gouvernement fédéral peut encore améliorer l'efficacité des programmes de soins communautaires⁴⁷.

Enfin, la Société canadienne de l'hémophilie (SCH) partage aussi l'avis que la Stratégie nationale sur le sida, par l'entremise du PACS, a permis d'établir un réseau d'organismes communautaires dont le travail est formidable et très efficace. Dans son mémoire, Durhane Wong-Rieger de la SCH a affirmé : «Je suis vraiment étonnée de leur efficacité et de leur impact. Aucune agence gouvernementale ni aucune compagnie ou

⁴⁵ *Ibid.*, p. 18.

⁴⁶ Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Mémoire, mai 1995, p. 11.

⁴⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 12.

industrie ne pourrait atteindre leur ratio des résultats pour chaque dollar investi»⁴⁸. Tout comme la majorité des autres témoins, madame Wong-Rieger a soutenu que le réseau des soins communautaires a besoin d'être renforcé et elle a reconnu que cela nécessitait des fonds considérables.

Pour être en mesure de répondre aux besoins accrus posés par l'épidémie, les organismes communautaires doivent disposer d'un budget stable et à long terme. En outre, Santé Canada devrait faire preuve de plus de souplesse quant à la répartition des fonds entre les projets ponctuels et de soutien. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 11. Que Santé Canada s'engage à maintenir le budget prévu dans le cadre du Programme d'action communautaire sur le sida;**
- 12. Que Santé Canada assure un financement stable et à long terme aux organismes communautaires oeuvrant dans la lutte contre le VIH/sida;**
- 13. Que Santé Canada réexamine la question du financement ponctuel et de soutien et qu'il établisse des modalités de financement acceptables pour toutes les parties.**

ÉDUCATION ET PRÉVENTION

Comme il n'existe aucun vaccin contre le sida ni aucun agent antiviral efficace, l'éducation reste le seul outil dont nous disposons pour prévenir la transmission de l'infection aux VIH. La Stratégie nationale sur le sida comporte un volet relatif à l'éducation et à la prévention. Plus particulièrement, Barbara Jones, de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida, a expliqué au Sous-comité que ce volet comporte cinq domaines d'activités précis⁴⁹ :

1. L'Unité finance, dans le cadre du Programme national de recherche — développement en santé (PNRDS), des travaux de recherche extra-muros sur la prévention comme telle, ainsi que sur les attitudes et le comportement;
2. L'Unité réalise des travaux de synthèse qui résument l'information relative aux efforts d'éducation et de prévention et elle appuie financièrement l'évaluation des programmes à l'échelle communautaire;
3. L'Unité subventionne les organismes et les provinces qui ont développé des programmes de prévention innovateurs;

⁴⁸ Durhane Wong-Rieger, présidente de la Société canadienne de l'hémophilie, Mémoire, 15 mars 1995, p. 5.

⁴⁹ Barbara Jones, chef de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida (Santé Canada), Mémoire, 10 mai 1995, p. 4-9.

4. L'Unité entreprend des initiatives particulières avec d'autres ministères ou agences gouvernementales (ex. Service correctionnel Canada) et elle assure la formation des agents de l'immigration et des douanes; et
5. Enfin, l'Unité fournit du financement de base et de soutien pour des projets initiés par les cinq principaux partenaires nationaux.

Lors de l'annonce de la phase II de la Stratégie, le gouvernement fédéral avait annoncé qu'il consacrerait en moyenne 6,2 millions de dollars au chapitre de l'éducation et des mesures de prévention⁵⁰. Par ailleurs, madame Jones a indiqué que les fonds consentis en 1995-1996 seraient de 1,95 million de dollars pour la recherche extra-muros, la synthèse d'information et le développement de programmes novateurs; 600 000 \$ pour les initiatives interministérielles; et 2,8 millions de dollars pour le financement des organismes nationaux non gouvernementaux⁵¹.

Au Canada, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) joue aussi un rôle important en matière de prévention du sida par le biais de son Programme national sur le sida. La mission du programme, qui a été mis sur pied en 1986 avec la collaboration de Santé Canada, est la suivante : «assurer au plan national un leadership visant à favoriser l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes et de politiques de santé publique destinées à prévenir la transmission de l'infection au VIH et à donner des soins à ceux qui sont touchés par le VIH/sida»⁵². Le programme repose sur différents principes, y compris l'adaptation culturelle, l'accessibilité, le partenariat, l'absence de jugement de valeur dans les programmes et, enfin, l'équité sociale. Le Programme national sur le sida de l'ACSP comporte quatre volets d'activités :

- i. les activités pédagogiques (campagnes médiatiques, colloques, ressources pédagogiques, services de consultation);
- ii. la politique publique (élaboration d'un document d'orientation à l'intention des professionnels de la santé, des responsables de la santé publique et des décideurs publics);
- iii. les communications (périodique national bilingue consacré à l'éducation sur le sida, série de monographies); et
- iv. le centre national de documentation sur le sida. Le Centre offre de la documentation produite tant au Canada qu'à l'étranger : documents, brochures, bandes vidéo. On y offre aussi des services de référence en matière d'information. Plus de 89 p. 100 de la clientèle du Centre considèrent les services bons ou excellents.

⁵⁰ Santé Canada, *Stratégie nationale sur le sida: Le financement*, feuillet d'information, mai 1994.

⁵¹ Barbara Jones, chef de l'Unité d'éducation et de prévention en matière de sida (Santé Canada), exposé devant le Sous-comité, 10 mai 1995.

⁵² Association canadienne de santé publique, *Mémoire*, 1^{er} mars 1995, p. 3.

Au cours des audiences qu'a tenues le Sous-comité, des témoins ont tenu à souligner les efforts d'éducation et de prévention du gouvernement fédéral. Entre autres, la SCS a indiqué que Santé Canada a permis la réalisation d'importants documents de référence traitant de la nutrition des personnes vivant avec le VIH/sida ou portant sur l'évaluation des programmes, ainsi que certaines études sur les communautés ethnoculturelles⁵³. La SCS a également souligné les progrès dans les politiques fédérales liées à l'immigration. Enfin, la SCS a noté la mise sur pied d'un programme de distribution de condoms dans les pénitenciers fédéraux et a accueilli favorablement la décision de Service correctionnel Canada d'établir un projet pilote de distribution d'eau de javel, de dépistage anonyme du VIH et de counselling par les pairs⁵⁴.

A. Obstacles à l'efficacité des mesures de prévention

En dépit des progrès réalisés dans le domaine de l'éducation et de la prévention du sida, les données épidémiologiques révèlent que le nombre de cas continue malheureusement d'augmenter. Selon des témoins, il existe des obstacles qui entravent l'efficacité des mesures de sensibilisation et de prévention. La SCS a soutenu que «la censure compromet l'efficacité». Elle considère qu'il faut abolir les restrictions liées à l'emploi d'un langage explicite, favoriser l'accès des éducateurs aux écoles, aux foyers et aux établissements carcéraux et éviter de limiter les sujets qu'ils peuvent aborder durant leurs visites dans ces établissements⁵⁵.

Pour sa part, Ron de Burger, directeur du Programme national sur le sida de l'ACSP, a souligné qu'un obstacle important à l'efficacité des programmes d'éducation et de prévention demeure l'attitude. Selon lui, trop de Canadiennes et de Canadiens pensent qu'il n'est pas nécessaire de parler de santé sexuelle; qui plus est, un grand nombre d'entre eux ne se sentent pas concernés et se croient encore invulnérables :

(...) souvent, les gens ne sont pas prêts à écouter les messages avant d'avoir vu les effets du problème. Cela a certainement été le cas avec le VIH et le sida comme avec les autres maladies transmissibles. Beaucoup de gens pensent qu'ils sont invulnérables, que cela ne leur arrivera pas à eux et qu'ils réussiront toujours à s'en sortir d'une manière quelconque (4:13).

Le Dr Brent Kvern du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a insisté sur la nécessité de modifier les attitudes, tant au niveau de l'orientation sexuelle que du style de vie. Il a affirmé, par exemple, en ce qui concerne les drogues par injection :

Nous savons tous que ce n'est pas le fait de s'injecter des drogues en tant que tel qui augmente les risques, mais plutôt les activités liées à cette utilisation. Les

⁵³ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 10.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 9.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 25.

gens ne choisissent pas nécessairement ce mode de vie. Il peut y avoir d'autres problèmes tels qu'une maladie qui devrait être soignée, mais entre temps, il faut faire les choses de la façon la plus sécuritaire possible (5:30).

Un certain nombre de témoins ont souligné que les programmes d'éducation, de promotion et de prévention ne font pas l'objet d'évaluation de sorte que l'on ne connaît pas vraiment leur efficacité. Par exemple, madame Wong-Rieger de la SCH a affirmé :

Nous n'avons pas réalisé ce que nous voulons faire et ce que nous pouvons faire. Nous ne nous assurons pas que nos programmes et activités nous donneront les résultats que nous voulons. (...) Nous ne revenons pas en arrière pour modifier et affiner ces programmes et activités (5:14).

Le manque d'évaluation limite également les efforts pour améliorer les programmes existants. Qui plus est, des témoins ont affirmé que l'efficacité des mesures d'éducation et de prévention est grandement compromise par le caractère à court terme et non coordonné des programmes financés dans le cadre de la Stratégie. Dans son mémoire, la SCS a indiqué que le gouvernement fédéral ne consacre pas suffisamment de temps, d'énergie et d'argent aux campagnes de prévention pour assurer leur efficacité à long terme. À son avis, les activités de prévention actuelles sont ponctuelles et, souvent, superficielles⁵⁶. La SCS a aussi indiqué que chaque organisme travaille dans l'isolement, sans plan d'ensemble ni stratégie nationale; comme les activités de prévention ne sont pas coordonnées, «rien ne permet d'éviter que les organismes locaux ne réinventent la roue». La SCS est d'avis qu'il faudrait offrir aux organismes plus d'occasions de se rencontrer et de partager leurs expériences et que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à cet égard⁵⁷. Pour sa part, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a affirmé que les activités de prévention sont efficaces et procurent beaucoup d'avantages lorsqu'elles sont soutenues au fil des ans et coordonnées entre les gouvernements et la collectivité. Selon l'AIIC, c'est le gouvernement fédéral qui doit effectuer ce travail de coordination⁵⁸. De la même façon, Ron de Burger de l'ACSP a affirmé qu'il faut un engagement soutenu à long terme avant d'obtenir des changements et des améliorations de comportement (4:13). Durhane Wong-Rieger de la SCH partage le même avis :

Pour ce qui est des pratiques actuelles concernant la protection contre le VIH et le sida, nous savons que la seule chose qui donne des résultats, c'est la modification des normes sociétales. En ma qualité de psychologue, je m'en voudrais de ne pas vous rappeler que la modification des normes sociétales n'est pas un processus à court terme. Ce n'est pas un processus qui se réalise sans un effort intensif.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 24.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 5.

Nous avons vu quelques changements. Nous avons vu quelques progrès. Ce qui pourrait arriver de pire maintenant, c'est qu'on abandonne cet effort. Plus que toute autre chose, il faut faire des évaluations et rechercher des résultats (5:14).

En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 14. Que Santé Canada entreprenne l'évaluation de ses programmes d'éducation et de prévention pour mieux connaître l'impact de ceux-ci sur les comportements et les attitudes de la population et pour modifier ces programmes s'il y a lieu;**
- 15. Que les programmes d'éducation et de prévention élaborés dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida soient soutenus à long terme de manière à encourager réellement les changements de comportement.**

B. Prévention générale ou à caractère spécifique?

Au cours des audiences, on s'est demandé s'il était préférable de viser une prévention générale à l'intention de tous, ou s'il fallait plutôt cibler les groupes les plus vulnérables. Certains estiment que si l'on ne vise que les groupes à risque élevé, on perdra de vue l'ensemble de la question, le sida ne sera plus perçu comme aussi important et nous ne protégerons pas la prochaine génération parce que nous nous serons intéressés uniquement à des groupes précis. D'autres, au contraire, prétendent qu'une approche générale n'est pas efficace lorsqu'il y a des épidémies actives et dynamiques parmi des groupes cibles comme les utilisateurs de drogues par injection, les jeunes hommes homosexuels, les femmes de communautés minoritaires qui vivent dans la pauvreté. Selon la SCS, les campagnes d'une grande portée ont vraiment du mal à passer, car elles ne sont pas suffisamment spécifiques aux groupes à qui elles sont en fait destinées. Pour sa part, l'ACSP aimerait qu'il y ait plus de campagnes de sensibilisation nationales. Il faudrait donc trouver un juste équilibre entre les campagnes à caractère national ou local et entre les programmes pour la population en général ou à l'intention de groupes spécifiques.

Plusieurs témoins ont néanmoins insisté sur les divers moyens de prévention et d'éducation à l'intention de groupes particuliers. Par exemple, l'ACSP a souligné l'importance de mettre au point des programmes à l'intention des jeunes. L'Association a affirmé que de nombreux jeunes continuent d'ignorer les messages de prévention du sida et qu'ils n'abandonnent pas leurs comportements sexuels à risque élevé. Selon les estimations de l'ASCP, quelque 350 000 jeunes passent à l'adolescence chaque année; ceux-ci ont besoin d'information de base sur le sida et ils ont aussi besoin d'acquérir davantage de compétences et d'être davantage encadrés pour être à même de prendre

les bonnes décisions. Des programmes efficaces en matière de prévention sont essentiels pour protéger la jeunesse. L'ACSP s'est dite en faveur de l'inclusion obligatoire de programmes scolaires en santé sexuelle et elle favorise aussi la mise sur pied de cliniques de santé sexuelle dans les écoles secondaires dans le but, notamment, d'encourager les comportements qui réduisent les risques de transmission du VIH. Même si les adolescents disposent de l'information de base pour ce qui est de la transmission du VIH, cela ne se traduit pas pour autant, malheureusement, en un comportement plus sécuritaire. Pour favoriser le changement de comportement, l'ACSP a suggéré d'amener les jeunes à participer à la conception et la mise en oeuvre des programmes d'éducation sur le sida⁵⁹.

Pour sa part, Eleanor Ross, présidente de l'AIRC, a dit que la prévention doit se faire avant que le problème ne se présente. Il faut faire de la prévention auprès des jeunes avant qu'ils ne se retrouvent dans la rue comme les sans-abri et les toxicomanes. Il faut faire comprendre aux gens d'avance ce qu'est la sexualité sans risque et les réalités de la toxicomanie (4:29). L'AIRC croit que l'éducation des enfants en matière de VIH/sida devrait commencer dès l'école primaire, et se faire d'une manière franche et explicite. Selon l'Association, les programmes d'éducation à la télévision sont aussi un bon moyen de diffuser de l'information à l'intention des enfants et des adolescents. En particulier, elle a fait référence à l'émission de la chaîne anglaise de Radio-Canada intitulée «AIDS Scare/AIDS Care» dans le cadre de laquelle de jeunes personnalités ont expliqué, dans un langage propre aux jeunes, les risques du VIH/sida, son mode de propagation et les moyens de protection. L'Association a précisé que plus l'éducation commence tôt, plus l'apprentissage des bonnes règles de vie s'avère efficace⁶⁰.

En ce qui concerne l'éducation des jeunes enfants, l'honorable Judy Erola, présidente de l'Association canadienne de l'industrie du médicament (ACIM), a indiqué que son Association a financé la publication dans les deux langues officielles d'un livre d'histoire intitulé «Viens t'asseoir avec moi (Come sit by me)». Ce livre a été écrit à l'intention des enfants de 4 à 8 ans ainsi qu'à leurs éducateurs. Madame Erola a précisé qu'il a été distribué dans tous les cabinets de médecins du pays (6:19). Des membres du Sous-comité ont trouvé ce petit livre d'histoire intéressant et ont exprimé l'avis qu'il conviendrait peut-être de le distribuer dans toutes les écoles primaires à travers le Canada.

Certains témoins ont soulevé des inquiétudes quant à la progression de l'infection chez les femmes et les enfants. Il semble que le danger que courent les femmes d'être infectées par le VIH soit lié à leur propre comportement à risque ou à celui de leurs partenaires sexuels. Le manque d'autonomie, la soumission, la violence et la pauvreté

⁵⁹ Association canadienne de santé publique, Mémoire, 1^{er} mars 1995, p. 10-11.

⁶⁰ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 5.

empêchent les femmes de se protéger contre le VIH⁶¹. En outre, les femmes peuvent transmettre le virus à leurs enfants. Selon la COCQ-SIDA, la propagation du VIH chez les femmes a donné lieu «à un besoin qui reste sans réponse parce que sans ressources financières supplémentaires»⁶². L'AIIC et l'AMC ont demandé qu'une plus grande attention soit accordée aux programmes de prévention et de promotion destinés aux femmes et aux enfants⁶³.

Un grand nombre de témoins se sont dits préoccupés par le taux d'infection au VIH chez les toxicomanes. Les données épidémiologiques fournies au Sous-comité révèlent que la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables augmente de façon spectaculaire au Canada et que le partage de seringues s'avère le mode de propagation du VIH le plus efficace. La majorité des témoins se sont dits en faveur des programmes d'échange de seringues.

Par ailleurs, le Sous-comité s'est fait dire que «la situation en milieu carcéral est une véritable bombe à retardement»⁶⁴. L'ACSP a expliqué qu'il existe un besoin particulier de s'attaquer à la prévention dans les prisons :

La proportion d'individus dans les prisons qui utilisent des drogues injectables est bien plus élevée que celle de la population générale. Les restrictions imposées par la vie carcérale accentuent davantage les difficultés d'obtenir des condoms ou des seringues stériles qui permettraient de réduire les risques en cas de rencontres sexuelles ou de toxicomanie. La dépression, le manque d'estime de soi, l'incapacité d'envisager tout avenir personnel, sont des états courants au sein de la population carcérale qui affaiblissent la motivation de protéger sa vie et son avenir. Ces conditions créent un environnement propice à une propagation rapide de l'infection au VIH. Après avoir vécu dans un environnement à haut coefficient de risque, les détenus obtiennent leur libération conditionnelle ou arrivent au terme de leur peine et réintègrent leurs communautés en étant peut-être infectés⁶⁵.

Dans son mémoire, le Dr Norbert Gilmore, qui a présidé le Comité d'experts sur le sida et les prisons (1992-1994), a exprimé une opinion similaire⁶⁶. Selon l'ACSP, le rapport final du Comité d'experts constitue un excellent point de départ pour répondre aux besoins

⁶¹ Santé Canada, Notes d'information : Les femmes et le sida (30 novembre 1994), *Cahier de breffage pour le Sous-comité sur le VIH/sida*, 14 décembre 1994.

⁶² Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, *Mémoire*, mai 1995, p. 8.

⁶³ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Mémoire*, février 1995, p. 5; Association médicale canadienne, *Discours devant le Sous-comité*, 28 mars 1995, p. 3.

⁶⁴ Société canadienne du sida, *Mémoire*, 15 février 1995, p. 22.

⁶⁵ Association canadienne de santé publique, *Mémoire*, 1^{er} mars 1995, p. 11-12.

⁶⁶ Dr Norbert Gilmore, président du Comité d'experts sur le sida et les prisons, *Mémoire*, 3 mai 1995.

particuliers du personnel et des détenus vivant en milieu carcéral et elle a suggéré de mettre en oeuvre les 88 recommandations formulées dans ce rapport⁶⁷.

Lorsqu'il a comparu devant le Sous-comité, John Edwards, commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC), a indiqué que SCC appuie en grande partie les recommandations du Comité d'experts sur le sida et les prisons, mais que trois suggestions particulières ont été rejetées : lever l'interdiction qui frappe les relations sexuelles consensuelles entre les détenus, fournir un traitement d'entretien à la méthadone aux détenus qui affichent une dépendance opiacée et mettre en place un programme d'échange d'aiguilles. Pour remplacer l'échange d'aiguilles, le SCC a accepté de distribuer, dans le cadre d'un programme pilote, de l'eau de javel aux fins de la stérilisation des seringues qui servent à l'injection de drogues et au tatouage⁶⁸.

La Société canadienne du sida juge que les moyens de prévention mis en place en milieu carcéral sont fragmentaires et ne vont pas suffisamment loin. Selon la Société, le Service correctionnel Canada ne répond pas à l'épidémie de façon suffisante. Les droits des détenus sont enfreints, car ils ne disposent pas des mêmes moyens pour se protéger et prendre soin de leur santé que la population en général⁶⁹.

Par ailleurs, le Sous-comité a été informé que, à mesure que l'épidémie du sida évolue au Canada, les groupes autochtones sont de plus en plus exposés au VIH et au sida. Janice Hopkins, directrice générale des Services de santé des Indiens et des populations du Nord (Santé Canada) a discuté des risques de propagation du VIH/sida tant en centre urbain que dans les réserves et les régions éloignées :

La transmission du VIH chez les Autochtones est facilitée par les taux élevés des autres MTS et de l'abus de solvants, y compris l'utilisation de drogues par injection et par d'autres problèmes de santé. Ces risques sont aggravés par la surreprésentation des Autochtones dans les quartiers déshérités, où les taux d'infection par le VIH et la fréquence des comportements à risque qui y sont associés sont relativement élevés. En raison du grand nombre de déplacements de personnes entre ces quartiers et les collectivités situées dans les secteurs ruraux et les réserves, même les collectivités autochtones les plus isolées présentent un risque d'infection par le VIH⁷⁰.

Dans son mémoire, madame Hopkins a mentionné que des condoms sont disponibles dans tous les établissements de soins de santé desservant la clientèle

⁶⁷ Association canadienne de santé publique, Mémoire, 1^{er} mars 1995, p. 13.

⁶⁸ John Edwards, commissaire du Service correctionnel du Canada, Mémoire, 3 mai 1995, p. 12-13.

⁶⁹ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 22.

⁷⁰ Janice Hopkins, directrice générale, Direction générale des services médicaux (Santé Canada), Notes pour une allocution, 10 mai 1995, p. 1-2

autochtone du ministère et que des services d'échange de seringues sont disponibles sur demande⁷¹. Toutefois, un rapport déposé devant le Sous-comité indique que les initiatives de prévention et d'éducation relatives au VIH ne sont pas encore très répandues dans les réserves autochtones, et qu'il existe une certaine réticence à les mettre en oeuvre dans certaines collectivités. Ce rapport souligne aussi que les activités en place ont tendance à être axées sur la sensibilisation générale au VIH/sida, que la prévention et l'éducation devraient être mieux ciblées et qu'il faudrait mettre davantage l'accent sur les comportements et les attitudes à risque⁷².

Enfin, la COCQ-SIDA a rappelé que la communauté homosexuelle demeure celle qui est la plus touchée par le VIH/sida. La Coalition a mentionné que, même si l'on peut constater une augmentation importante des pratiques sexuelles sécuritaires chez les gais, on observe toutefois une hausse des comportements à risque chez les homosexuels de moins de 25 ans. Elle a recommandé que soit organisée une campagne nationale de prévention contre l'infection au VIH auprès de la communauté homosexuelle⁷³. Encore une fois, on a soutenu que la prévention devait se faire sur une base continue pour faire perdurer les comportements sexuels sains :

(...) les études montrent que même lorsqu'il y a eu changement de comportement, il faut un soutien et un encadrement continus pour le faire durer. Lorsque les individus perdent leurs amis ou un être cher, ils tombent dans la dépression; cela a été tout particulièrement le cas au sein de la communauté gaie. Ils peuvent également perdre toute motivation à force d'entendre parler de relations sexuelles plus sécuritaires. Il peut même arriver qu'ils en arrivent à développer un sentiment inconscient d'invulnérabilité s'ils «passent à travers les mailles du filet» d'un comportement à risque. Vivre une relation intime peut procurer un faux sentiment de sécurité. Les campagnes de promotion de la santé et les méthodes de soutien par les pairs doivent être beaucoup plus utilisées pour pérenniser l'adoption de comportements sains⁷⁴.

En somme, il ne faut pas relâcher les efforts et s'imaginer que le message a été bien compris tant que le nombre de personnes atteintes du VIH n'aura pas vraiment baissé. Les efforts de vulgarisation doivent être poursuivis et soutenus dans toute la mesure du possible. De plus, les activités d'éducation et de prévention pour enrayer l'épidémie du sida doivent être menées sur tous les fronts — local, provincial, territorial et national — sur la base de partenariats avec la participation des personnes concernées. En conséquence, le Sous-comité recommande :

⁷¹ *Ibid.*, p. 10.

⁷² Santé Canada, *Coordination entre les secteurs de compétence relativement au VIH/sida chez les populations autochtones : Questions et stratégies*, janvier 1995, p. 5.

⁷³ Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, *Mémoire*, mai 1995, p. 7, 8 et 11.

⁷⁴ Association canadienne de santé publique, *Mémoire*, 1^{er} mars 1995, p. 11.

- 16. Que Santé Canada, en collaboration avec les partenaires qui oeuvrent dans la lutte contre le sida, évalue les programmes actuels de sensibilisation au VIH/sida de même que les mesures de prévention à l'intention des groupes cibles de manière à améliorer leur efficacité;**
- 17. Que Santé Canada, en collaboration avec les partenaires qui oeuvrent dans la lutte contre le VIH/sida, décide ensemble de la meilleure répartition des fonds à consacrer entre les campagnes générales et les programmes à caractère plus spécifique.**

SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN

L'un des objectifs de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida vise à améliorer la capacité des soignants dans le domaine du VIH/sida de manière à assurer la qualité des soins et des traitements. Chez Santé Canada, cet objectif relève de l'Unité des soins, des traitements et du soutien pour le sida dont le mandat est de «coordonner et de soutenir les projets et activités qui permettront d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une infection au VIH et du sida»⁷⁵. Les soignants regroupent les dispensateurs de soins professionnels et non professionnels, y compris les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les bénévoles qui oeuvrent au sein des organismes communautaires, les familles et les amis des personnes vivant avec le VIH/sida.

Dans son mémoire au Sous-comité, Robert Shearer, qui est le chef intérimaire de l'Unité, a expliqué que son unité appuie cinq types d'activités en particulier⁷⁶. D'abord, l'Unité soutient financièrement l'éducation et la formation des soignants. Par exemple, elle finance la publication de guides ou de lignes directrices, elle participe à l'amélioration des programmes d'enseignement dans les universités et elle appuie les programmes de perfectionnement. À cet égard, l'Unité a financé un guide sur les soins produit par le Collège des médecins de famille du Canada de même qu'un document élaboré par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à l'intention de ses membres. Le Sous-comité a reçu une copie de ces documents. Un budget de 1 million de dollars sera consacré à cette activité en 1995-1996.

Ensuite, l'Unité finance des projets de recherche portant sur le soutien psychosocial et la promotion de la qualité de vie. Par exemple, l'Unité finance la Société canadienne du sida qui a entrepris, avec d'autres partenaires, un projet de recherche sur les besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH/sida en matière de logement. Le budget prévu pour l'année financière 1995-1996 dans le cadre de cette activité s'élève à 1,6 million de dollars.

⁷⁵ Santé Canada, *Stratégie nationale sur le sida — phase II : Rapport d'étape 1993-1994*, Ottawa, 1994, p. 17.

⁷⁶ Robert Shearer, *Mémoire*, 10 mai 1995.

Par ailleurs, l'Unité encourage l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de soins et l'évaluation de l'efficacité des programmes existants. Par exemple, la COCQ-SIDA travaille présentement sur l'élaboration d'un modèle visant à évaluer les services qu'elle offre; elle compte sur ce genre de contribution pour mener à terme son modèle⁷⁷. L'Unité finance aussi la recherche portant sur les dimensions économiques du VIH/sida; ces travaux de recherche, qui doivent durer environ trois ans, sont réalisés par les Réseaux canadiens de recherche en politique publique inc. Santé Canada prévoit consacrer au total 700 000 \$ dans le cadre de cette activité en 1995-1996.

L'Unité finance aussi le Service d'information sur le traitement du sida. Les personnes atteintes du VIH/sida et ceux qui leur dispensent des soins ont fait beaucoup de pression et accueillent favorablement ce service national. Le service rendra disponibles tous les renseignements fiables et à jour sur les traitements médicaux et d'autres thérapies qui aideront les personnes atteintes et leurs soignants à prendre des décisions éclairées sur les options thérapeutiques. En 1995-1996, le gouvernement fédéral y contribuera quelque 2 millions de dollars.

Enfin, l'Unité est responsable du financement du Réseau des essais cliniques sur le VIH qui bénéficiera d'un budget de 2,9 millions de dollars en 1995-1996. Le Réseau des essais cliniques est discuté plus en détail plus loin dans ce document.

Au total, l'Unité des soins, des traitements et du soutien pour le sida versera plus de 8 millions de dollars en subventions et contributions dans le cadre de ces activités. Toutes les propositions reçues font l'objet d'un examen qui comporte une évaluation interne par Santé Canada et une évaluation externe par des pairs. Dans son mémoire, monsieur Shearer a insisté sur l'approche multidisciplinaire, car les soins, les traitements et le soutien aux personnes atteintes du VIH/sida font intervenir une vaste gamme de personnes et nécessitent divers types de services.

Lors de son témoignage, Eleanor Ross, de l'AIIC, a expliqué que les différents soins dont les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin sont fonction de la progression de la maladie (4:25). Il y a d'abord les soins intermédiaires offerts à domicile ou dans la communauté. Il peut s'agir d'un soutien qui permet au patient de continuer à travailler ou qui lui permette de rester au lit chez lui et recevoir des soins à domicile. Les soins actifs sont les soins hautement technologiques ou intensifs dispensés dans les hôpitaux. Enfin, il y a les soins palliatifs dont le but est de protéger la valeur de l'existence, d'en préserver le sens, d'améliorer la qualité de vie. Ce sont en fait les soins actifs et attentifs apportés aux mourants et à leurs proches lorsqu'il n'est plus approprié de prolonger la vie ni d'administrer un traitement curatif. On peut soulager la douleur et satisfaire à d'autres besoins physiques, affectifs et spirituels des clients.

⁷⁷ Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, *Mémoire*, mai 1995, p. 10.

Les représentants de l'AIRC et d'autres témoins qui ont comparu devant le Sous-comité préconisent grandement les services communautaires et les soins à domicile car, affirment-ils, les meilleurs soins sont ceux fournis le plus près possible du client. Dans son mémoire, l'AIRC a déploré le fait que, dans le cadre de la réforme du régime de soins de santé, les coupures dans les soins actifs ne sont pas compensées par des services de soutien dans la collectivité. Selon l'Association, il manque de services de soins intermédiaires, comme les structures semi-surveillées où l'on trouve le jour des services de santé, d'alimentation et d'aide sociale. Ce genre de soins est souvent nécessaire lorsque le conjoint doit aller au travail mais ne peut abandonner le malade toute la journée. L'AIRC a également affirmé qu'il est essentiel de former et de soutenir les personnes soignantes, qu'elles soient professionnelles ou non, qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH et le sida⁷⁸. Par ailleurs, elle a recommandé que les gouvernements de tous les paliers garantissent la continuité des soins aux personnes vivant avec le VIH/sida — soins actifs, intermédiaires et palliatifs⁷⁹.

La Société canadienne du sida⁸⁰ semble partager une opinion similaire à l'égard des soins communautaires et des soins à domicile. Dans son mémoire, elle a également insisté sur la nécessité d'établir un plus grand nombre d'hospices communautaires de soins palliatifs comme la *Casey House* de Toronto. Elle juge que, même si ces stratégies vont nécessiter un investissement initial, il sera possible, à long terme, de réaliser d'importantes économies au sein du système de soins de santé. De plus, la SCS estime que même si la responsabilité de la prestation des soins de santé incombe, en grande partie, aux gouvernements des provinces, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans ce domaine. Par exemple, la Société a indiqué que Santé Canada peut financer des projets pilotes et assumer un rôle de leadership afin d'inciter les provinces et d'autres intervenants à travailler ensemble pour trouver des réponses novatrices.

Lorsqu'elle a comparu devant le Sous-comité, l'AMC a discuté du rôle important joué par les médecins dans la lutte contre le sida. Le médecin est le premier contact du patient atteint du VIH/sida au sein du système de soins de santé. De plus, le médecin doit souvent répondre aux besoins des partenaires, des familles et des défenseurs par le biais d'information et de discussion. Pourtant, l'Association ainsi que plusieurs autres témoins ont reconnu qu'il y a des obstacles qui entravent la qualité des soins. D'une part, le VIH/sida est une maladie complexe qui est difficile à comprendre et à traiter. À cet égard, le Dr David Walters de l'AMC a déclaré :

Répondre à leurs questions et leur assurer des soins, souvent lorsque les choix sont limités et les réponses imprécises, constituent une tâche énorme et sont

⁷⁸ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 7.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 12.

⁸⁰ Société canadienne du sida, Mémoire, février 1995, p. 23.

une source d'un grand stress pour les médecins qui travaillent dans ce domaine (6:6).

D'autre part, le Dr Brent Kvern (CMFC) a indiqué que certains médecins considèrent qu'ils ne connaissent pas suffisamment bien la maladie pour pouvoir bien la traiter. Il a aussi mentionné que les facultés de médecine «négligent les questions de santé sexuelle» et que des médecins ne sont pas bien préparés et hésitent à poser des questions qui peuvent sembler «embarrassantes» (5:25).

Par ailleurs, il semble que la méthode de rémunération à l'acte des médecins décourage elle aussi les médecins à traiter les patients atteints du VIH/sida. Le Dr Kvern (CMFC) a affirmé ce qui suit :

Il est certainement vrai que, du point de vue financier, rien n'encourage les médecins à prendre soin de malades atteints d'une maladie au VIH. La méthode de rémunération de bien des médecins semble fondée sur le principe selon lequel le temps, c'est de l'argent. Or, les malades [qui sont atteints du VIH/sida] ont besoin qu'on leur consacre du temps. Il faut du temps pour soigner des malades qui ont peut-être besoin de counselling ou qui ont besoin qu'on leur parle. C'est un des obstacles qui existent (5:25).

Enfin, le Sous-comité s'est fait dire à plusieurs reprises qu'il existe un problème d'attitude, de préjugés et d'homophobie à l'endroit de certains groupes, ce qui affecte considérablement la qualité des soins. À cet égard, les représentants de l'AMC et du CMFC ont expliqué que les médecins constituent un groupe hétérogène, tout comme la société. Il reste encore des médecins qui n'ont pas encore confronté leur homophobie ou leur incapacité à traiter un toxicomane qui se pique, à accepter des gens pour ce qu'ils sont et à les aider. Le VIH/sida touche une population avec laquelle les médecins ne sont pas toujours à l'aise. Il y a différents comportements à risque que les médecins ne sont pas toujours en mesure de soigner sans porter un jugement. Par exemple, le Dr Walters (AMC) a dit au Sous-comité :

(...) je reconnais qu'en tant que société, nous assistons à un changement d'attitude avec lequel nous essayons de composer. Il s'agit d'attitudes comme la phobie des homosexuels, la répugnance à avoir affaire avec des toxicomanes ou autres personnes désavantagées, ou la difficulté à travailler avec des Autochtones et leur façon de voir les choses. C'est un effort pédagogique essentiel que doit s'imposer tout le personnel soignant et paramédical (6:16).

Ces obstacles qui entravent la qualité des soins expliquent en grande partie le problème de la pénurie de médecins spécialisés dans le traitement du VIH/sida. Dans son mémoire, la Société canadienne du sida souligne qu'il est difficile d'attirer de nouveaux médecins dans le monde du VIH et que les médecins spécialisés dans ce domaine sont épuisés. Compte tenu de l'accroissement du taux de séroprévalence, la SCS juge que la pénurie actuelle risque de poser des problèmes dans un proche avenir si l'on ne remédie pas à la situation immédiatement :

Le Canada est-il prêt à faire face aux 15 000 nouveaux cas de sida prévus au cours des cinq prochaines années? Voilà d'énormes défis à relever en cette période de restrictions budgétaires et de réductions des effectifs⁸¹.

Pour ces raisons, plusieurs témoins ont jugé qu'il était impératif d'améliorer les programmes d'études et d'offrir des programmes de formation continue aux professionnels de la santé de manière à 1) accroître les connaissances vis-à-vis le VIH et le sida, 2) modifier les attitudes de manière à développer la confiance et l'aise qu'il faut pour soigner les personnes vivant avec le VIH/sida et 3) augmenter le nombre de médecins spécialisés dans ce domaine.

Par le biais du financement accordé par Santé Canada, des efforts ont déjà été entrepris. Par exemple, l'Association médicale canadienne (AMC) a publié la troisième version d'un document intitulé *Sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine : Lignes directrices aux consultants* (6:5). Ce document s'adresse aux médecins et aux autres professionnels de la santé; il comporte des lignes directrices précises en matière de counselling et sur l'information à donner aux malades concernant les tests de séropositivité. Ces lignes directrices sont suivies par les professionnels de la santé qui traitent les malades atteints par le VIH/sida. Le Collège des médecins de famille du Canada a lui aussi mis au point le *Guide complet des soins aux personnes atteintes de la maladie au VIH* qui comporte un module sur le traitement des adultes et un second sur le traitement des enfants (celui-ci devrait être disponible sous peu)⁸². Le Collège a également mis au point un programme de formation à l'intention des médecins de famille sur le sujet de l'infection au VIH/sida. Dans le cadre de ce programme, des séminaires portant sur les tests de dépistage et le counselling ont été donnés à travers le pays. Ensuite, le Collège a développé du matériel didactique — notamment des diapositives et des vidéocassettes — et des tournées d'information ont été refaites en insistant sur les habiletés cliniques nécessaires pour traiter avec assurance l'infection au VIH. Enfin, le Collège s'est inspiré du concept de formation des formateurs : des médecins plus expérimentés conseillent ceux qui ont moins d'expérience dans les soins aux personnes atteintes du VIH/sida. L'AIIC a elle aussi publié en 1992 un guide sur les soins infirmiers intitulé *VIH/sida — Formation infirmière : problèmes de pratique, lignes directrices* et elle prévoit réaliser prochainement un sondage chez les écoles infirmières pour savoir s'il faut inclure des cours sur le VIH/sida dans leur programme d'études⁸³.

Enfin, des témoins ont indiqué au Sous-comité qu'il était essentiel, afin d'assurer la qualité des soins, que le personnel médical fournissent les renseignements relatifs aux soins et traitements aux patients atteints du VIH/sida de façon qu'ils puissent prendre une

⁸¹ Société canadienne du sida, Mémoire, février 1995, p. 23.

⁸² Collège des médecins de famille du Canada, Mémoire, mars 1995, p. 5.

⁸³ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mémoire, février 1995, p. 3.

décision éclairée. Pour sa part, James Kreppner, de l'Association canadienne de l'hémophilie, juge que les médecins font parfois preuve de paternalisme :

(...) parfois, de médecins ne vous communiquent pas les résultats de vos analyses parce qu'ils croient que ce n'est pas dans votre intérêt de vous les communiquer, ou alors ils ne vous indiquent pas tous les risques et problèmes inhérents à un certain type de traitement (...) Ce genre de comportement est inacceptable. Les consommateurs doivent être informés. Ils doivent être en mesure de prendre des décisions éclairées (5:17).

M. Kreppner a aussi tenu à avertir les membres du Sous-comité :

Ce que nous avons vu avec le sang... L'une des causes de toute cette tragédie était que les gens n'étaient pas informés. Les gens ne savaient pas quels risques ils couraient en acceptant du sang. Cela s'applique au VIH et au sida en général. Assurons-nous de ne pas répéter les mêmes erreurs avec le traitement du VIH (5:17).

Il faut espérer que le Service national d'information sur le traitement du sida saura fournir l'information nécessaire pour une prise de décision éclairée à la fois pour le patient et le soignant⁸⁴. Par ailleurs, tous les témoins s'entendent sur la nécessité d'une formation adéquate dans le cadre des cours dispensés par les institutions d'enseignement et d'une formation continue de manière à favoriser la participation des professionnels dans le traitement du VIH/sida, de leur fournir de l'information à jour et les instruire sur les nouveaux traitements. En conséquence, le Sous-comité recommande :

18. Que, dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, Santé Canada continue d'appuyer les associations médicales professionnelles dans leurs efforts pour mettre constamment à jour et rendre disponibles les informations sur les soins à dispenser aux personnes atteintes du VIH/sida.

RECHERCHE

Les recherches sur le VIH et le sida se divisent pour l'essentiel en deux grandes catégories, les essais cliniques et la recherche fondamentale. Sont également importantes la recherche en sciences sociales, l'épidémiologie du VIH et du sida (l'étude de l'incidence, de la répartition, du contrôle et de la prévention de cette maladie) ainsi que la recherche appliquée qui tend vers le développement de technologies commerciales visant à détecter la maladie et à en suivre la progression. Les travaux de recherche

⁸⁴ Dans son allocution d'ouverture le 10 mai 1995, Kay Stanley, sous-ministre adjointe chargée de veiller à l'exécution de la phase II de la Stratégie, a indiqué que le Conseil du Trésor a approuvé récemment la demande de Santé Canada de négocier une entente de trois ans visant le financement du Service d'information sur le traitement du sida. Ce projet sera administré par le réseau communautaire d'info-traitement SIDA (RCITS) à Toronto.

fondamentale visent à élucider les causes de la maladie due au VIH et des infections opportunistes qui l'accompagnent. Cela englobe l'enrichissement de nos connaissances sur l'immunologie et la physiologie humaine, l'approfondissement de notre compréhension de la pathogenèse, de la physiologie virale et de la biologie moléculaire du VIH. En comprenant la composition du VIH et la manière dont il s'attaque au système immunitaire, les scientifiques pourront concevoir des médicaments capables de viser et de bloquer les fonctions virales. Ces agents sont testés en laboratoire pour en établir l'efficacité contre le VIH, et il y a également des tests sur les animaux pour estimer la toxicité du médicament. Viennent ensuite les essais cliniques visant à vérifier l'efficacité et la toxicité de l'agent chez les humains. Les essais cliniques, qui peuvent coûter des millions de dollars, se poursuivent parfois pendant des années et se font avec la participation de milliers de volontaires.

Dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, 17,8 millions de dollars sont affectés à tous les types de recherche et de surveillance épidémiologique. Ce montant se répartit ainsi : 2,9 millions de dollars pour le Réseau canadien pour les essais VIH (RCE), 1,5 million de dollars pour les activités de recherche et de développement dans le domaine du soutien social et économique, 5,5 millions au Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) aux fins de la recherche extra-muros, le reste servant à financer les activités de recherche de Santé Canada comme la surveillance épidémiologique et diverses activités de recherche du Bureau des laboratoires de recherche VIH/sida. En outre, le Conseil de recherches médicales du Canada (CRM) consacre lui aussi 2 millions de dollars à la recherche sur le VIH/sida.

A. *Essais cliniques*

Les essais cliniques peuvent comporter jusqu'à quatre étapes. Après les tests sur les animaux, le médicament peut passer à la phase I des essais sur les humains, pour établir l'innocuité de l'agent. Tous les participants aux tests reçoivent le même médicament connu, mais en quantités variables, de manière à vérifier la toxicité en fonction de la posologie. On peut à ce moment-là recueillir des données sur l'efficacité du médicament. Les essais de cette première phase ne durent que deux ou trois mois et portent habituellement sur moins de cent sujets.

Si le médicament semble suffisamment sûr, on passe à la deuxième phase pour étudier soigneusement ses effets secondaires et pour déterminer s'il a des effets bénéfiques, par exemple élever le compte de cellules T4 ou éliminer une infection. La deuxième phase peut durer de quelques semaines à quelques mois et elle porte habituellement sur moins de cent sujets, comme la première.

Si on a constaté que le médicament est efficace, on passe à la troisième phase. À ce moment-là, on l'administre habituellement à des centaines, voire à des milliers de sujets

pour vérifier s'il agit sur tout le monde et s'il cause des problèmes lorsqu'on l'administre sur une longue période. Les chercheurs sont à l'affût des effets secondaires rares qui se manifestent seulement chez quelques personnes ou après quelques années de traitement. Le médicament doit subir ces trois phases d'essais avant que la Direction des médicaments de Santé Canada envisage d'en approuver la mise en marché.

Il n'y a pas toujours de quatrième phase, c'est-à-dire d'essais ultérieurs à la mise en marché des médicaments, mais elle tend à devenir plus fréquente aujourd'hui, puisqu'on approuve certains médicaments plus tôt que par le passé. La quatrième phase rend possibles des essais sur une très longue période, afin qu'on puisse constater si des problèmes se manifestent à long terme⁸⁵.

Au Canada, presque tous les essais cliniques sur les thérapies et les médicaments visant à contrôler les infections opportunistes liées au VIH sont faits par le RCE. Le Réseau est un partenariat voué à la recherche de traitements, de vaccins et d'une cure du VIH et du sida grâce à des essais cliniques scientifiquement valides et éthiques. Créé en 1990, il se rattache à la Stratégie nationale sur le sida, et il a bénéficié d'un nouveau financement en 1993 dans le cadre de la phase II de la Stratégie. Au cours de la première phase, le Réseau a reçu 3,4 millions de dollars par année, mais ce montant a été ramené à 2,9 millions à la deuxième phase. Le financement suffit à payer l'infrastructure du Réseau, mais pas les essais cliniques eux-mêmes. En fait, l'existence même d'un réseau d'essais efficace et compétent attire les sociétés pharmaceutiques, qui profitent de ce réseau. Le Dr Martin Schechter, directeur national du Réseau, a signalé que celui-ci est, par le nombre de patients participants, dix fois moins important que le *United States AIDS Clinical Trial Group*, mais son budget ne représente que 1 p. 100 de celui du groupe américain. Environ 75 p. 100 du budget du Réseau servent à rémunérer un personnel de haut niveau. Les essais cliniques sont financés par l'industrie pharmaceutique internationale. Les provinces, associées au Réseau, assurent une partie du financement, et les organismes canadiens qui accordent des subventions peuvent financer certains projets spécifiques.

Martin Schechter a décrit deux des grands avantages que procure le Réseau. Le premier et le plus important est que le Réseau encourage les sociétés pharmaceutiques à faire leurs essais de médicaments au Canada; de la sorte, certaines des thérapies les meilleures et les plus prometteuses se retrouvent au Canada et les Canadiens et Canadiennes peuvent en profiter. Sans le Réseau, les médicaments seraient mis à l'essai ailleurs, et ils ne seraient peut-être pas disponibles pour les Canadiens et Canadiennes avant la fin des trois phases des essais cliniques et une fois acquise l'approbation réglementaire de la Direction des médicaments. Le deuxième avantage est que le Réseau attire d'importants investissements en recherche pharmaceutique au Canada. Au cours

⁸⁵ AIDS Action Now!, *AIDS and HIV Drug Trials in Canada — What You Need to Know*, 3^e édition, Toronto, avril 1993, p. 3-4.

des quatre dernières années, le Réseau a permis de mener 40 essais cliniques, dont les cinq plus importants ont attiré à eux seuls plus de capitaux étrangers que le Réseau tout entier n'a coûté jusqu'à maintenant. Selon les estimations, l'effet multiplicateur permet de tripler le montant investi par les autorités fédérales dans le Réseau.

Même si le Réseau fait de l'excellent travail, Martin Schechter et le Dr Michael O'Shaughnessy, directeur du *B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS*, ont fait ressortir deux préoccupations : l'insuffisance du financement et la répartition du financement à l'intérieur des contraintes d'un plan quinquennal artificiel. Le financement est insuffisant parce que, alors que l'infrastructure est financée par le gouvernement fédéral, le Réseau doit compter sur les sociétés pharmaceutiques pour assumer les coûts des essais. Le problème est qu'une société pharmaceutique ne mettra au point et ne fera des essais que si elle y a un intérêt et un avantage directs. Martin Schechter a expliqué la situation en ces termes :

Sous la rubrique Agenda, certains essais qui sont importants pour la qualité de vie des personnes qui vivent avec le VIH peuvent ne pas intéresser l'industrie pharmaceutique. Je citerai l'exemple de l'essai Concord, qui a obtenu la collaboration des gouvernements britannique et français. Cette étude a montré que l'utilisation du médicament AZT pourrait être retardée tout en offrant les mêmes avantages cliniques avec beaucoup moins de toxicité et d'inconfort pour le patient. Il s'agit là du genre d'essai que les sociétés pharmaceutiques ne voudraient peut-être pas nécessairement financer, mais qui sont pourtant d'une importance cruciale pour les personnes qui vivent avec la maladie.

De nombreux essais importants, qui comparent les différents types de traitements ou qui cherchent à fixer les doses de médicaments efficaces les plus faibles possible n'intéressent pas toujours les sociétés pharmaceutiques (3:18).

De plus, il n'est pas rentable pour le fabricant de faire des essais cliniques dans des petits centres ou à des endroits éloignés. Le Réseau est donc incité à limiter ses essais aux grands centres urbains. Ce choix peut se traduire par des économies, mais l'accès aux médicaments à l'étude se trouve refusé aux séropositifs et sidéens qui vivent loin des grands centres canadiens.

Ce qui préoccupe particulièrement les séropositifs et les sidéens, c'est que les fabricants ne feront pas d'essais cliniques sur des agents pour lesquels ils ne pourront obtenir de brevets. *AIDS Treatment News* tient une liste des agents prometteurs à examiner, et qui ne sont pourtant pas étudiés. On en trouve une trentaine sur cette liste, notamment des vitamines et divers oligo-éléments dont on croit qu'ils peuvent jouer un rôle important dans la pathogenèse du sida. Brian Farlinger du *AIDS Action Now!* (AAN!) a abordé le problème :

Un problème très significatif de la politique pharmaceutique canadienne est l'absence persistante de l'apport du gouvernement à la recherche et au développement. Les compagnies pharmaceutiques s'intéressent aux

médicaments potentiellement profitables. Elles s'intéressent aux produits pour lesquels elles disposent d'un brevet, de prospectus commerciaux, de l'engagement de la direction, de personnel, de fonds, d'installations et de toutes les autres ressources nécessaires à la commercialisation d'un médicament. La lacune au Canada est que des médicaments prometteurs sur les plans médical et scientifique sont négligés (6:46).

Martin Schechter a également fait observer que les sociétés pharmaceutiques n'avaient manifesté aucun intérêt pour aider financièrement le programme de bourses d'associés de recherche Réseau, programme dont l'objet est de former de jeunes candidats exceptionnels. Par conséquent, le Réseau voudrait que son financement fédéral soit porté à 5,8 millions de dollars par année, montant fixé avant la deuxième phase comme nécessaire pour que le Réseau fonctionne efficacement et puisse faire lui-même certains des essais qu'il choisit. Brian Farlinger s'est fait l'écho de cette opinion :

Dans notre document de 1993, *La recherche sur le VIH au Canada : crise et réponse*, ...nous demandons au gouvernement fédéral d'augmenter immédiatement le budget du Réseau à 5,8 millions de dollars par année, afin qu'il puisse effectuer des essais cliniques que l'industrie pharmaceutique n'est pas disposée à entreprendre sur les agents ayant un mérite scientifique. Ce besoin est toujours pressant et nous répétons cette demande (6:46).

Toujours à propos du financement, il a été signalé que les sociétés pharmaceutiques hésitaient à donner des subventions globales au Réseau pour qu'il puisse concevoir et mener ses propres essais. Cette hésitation s'explique en partie par le fait que ce type de soutien financier ne serait pas considéré comme une dépense déductible par Revenu Canada. Martin Schechter a demandé au Sous-comité de chercher des moyens originaux d'inciter les commanditaires à donner de l'argent à des organismes comme le Réseau et à d'autres réseaux d'essais cliniques axés sur certaines maladies.

L'autre sujet de préoccupation est le recours à un plan quinquennal pour financer des efforts contre une maladie qui persiste et prend de l'ampleur et pour laquelle aucune cure n'est en vue. Le sida n'est pas un problème à court terme, et il faut se demander s'il y a lieu de s'y attaquer au moyen d'une série de dispositions de financement à court terme. Plus particulièrement, le financement dans un cadre quinquennal détourne les sociétés pharmaceutiques du Réseau. Par exemple, une société pharmaceutique hésitera à faire appel au Réseau pour des essais cliniques de phase III durant trois ans si la phase II de la Stratégie nationale touche à sa fin et que rien ne garantisse la survie du Réseau. Martin Schechter a ajouté que le domaine des essais cliniques et de la recherche sur le VIH et le sida est moins intéressant pour les nouveaux jeunes chercheurs lorsqu'ils savent qu'il existe de l'incertitude dans cette discipline (3:19). En conséquence, le Sous-comité recommande :

19. Que Santé Canada revoie le mécanisme de financement du RCE de manière à soulager le Réseau des contraintes de financement à terme.

Aussi, pour enrayer l'incertitude, Santé Canada devrait émettre un avis d'intention à l'égard de son engagement à soutenir le RCE tant qu'il y aura un besoin national pour tester des vaccins anti-VIH et des médicaments thérapeutiques expérimentaux dans le cadre d'essais cliniques.

Carl Bousquet, qui est le président du Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH), a demandé que des lignes directrices fédérales soient élaborées et mises en oeuvre de manière à assurer la participation de femmes et d'autres groupes mal servis dans les essais cliniques. Darien Taylor du AAN! a demandé à l'organisme de réglementation du gouvernement fédéral de promouvoir des essais cliniques originaux de peu d'envergure sur des agents prometteurs, ce qui pourrait permettre de ramener de quelques années à quelques semaines le processus d'examen des médicaments.

Dans le cas des essais de fardeau viral, les chercheurs peuvent maintenant mettre à l'essai des drogues qui s'attaquent au virus et des traitements d'association sur des personnes atteintes de la maladie au cours d'essais rapides de petite envergure et obtenir des résultats en quelques semaines. Il s'agit d'essais qui mettent à l'épreuve les principes et peuvent être réalisés avec un nombre aussi restreint que 10 ou 20 participants (6:48).

Il importe de reconnaître la valeur du travail réalisé par le Réseau des essais cliniques et le besoin de conduire une plus vaste gamme d'essais qui ne correspondent pas nécessairement aux intérêts strictement monétaires de l'industrie pharmaceutique. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 20. Que Santé Canada, en collaboration avec les partenaires qui oeuvrent dans la lutte contre le VIH/sida, y compris les compagnies pharmaceutiques, révise les activités du RCE afin d'accroître les types d'essais cliniques;**
- 21. Que Santé Canada envisage la possibilité de fournir au RCE un budget de fonctionnement lui permettant de mener des essais cliniques indépendants sur des agents qui peuvent être prometteurs dans la lutte contre le VIH/sida.**

B. Recherche fondamentale

Le PNRDS appuie les recherches réalisées à l'initiative des chercheurs depuis que le sida a été dépisté, au début des années 80, avant la mise sur pied de la Stratégie. Outre les efforts du PNRDS, le CRM s'est engagé à consacrer au moins 2,0 millions de dollars par année à la recherche sur le VIH et le sida. Jusqu'à cette année, ces deux entités ont travaillé chacune de leur côté. Maintenant, par contre, les demandes de subventions concernant la

recherche sur le sida peuvent être présentées deux fois par année (le 15 septembre et le 15 mars) au PNRDS, et elles seront évaluées par un groupe conjoint formé de représentants du PNRDS et du CRM. Les fonds des deux entités servent à soutenir divers types de recherche, mais la majeure partie des subventions vont à la recherche fondamentale biomédicale, dans les universités et les hôpitaux. En outre, des fonds sont prévus pour des bourses de carrière et de formation ainsi que des conférences dans le domaine de la recherche sur le VIH/sida. À la fin de l'exercice 1994-1995, le financement cumulatif accordé par le PNRDS aux activités concernant le VIH et le sida s'élevait à 49,3 millions de dollars, tandis que le CRM avait investi dans ce domaine environ 16,7 millions de dollars.

Exception faite des fonctionnaires de Santé Canada et du CRM, tous les témoins qui ont discuté avec le Sous-comité des activités de recherche sur le VIH et le sida au Canada ont souligné l'insuffisance du financement. À maintes reprises, il a été rappelé au Sous-comité que, parmi les membres du G-7, le Canada se classe au troisième rang pour le taux d'infection par le VIH, mais que c'est lui qui consacre le moins d'argent à la recherche sur le VIH et le sida. Si le gouvernement canadien rajustait ses dépenses au titre de la recherche sur le sida pour les faire correspondre à celles des États-Unis, en tenant toutefois compte du fait que notre population de séropositifs est moins importante et que notre économie est plus faible, le Canada dépenserait environ 50 millions de dollars dans ce domaine⁸⁶, alors que le financement assuré conjointement par le PNRDS et le CRM est d'environ 7,5 millions de dollars par année. ANN! a exhorté le gouvernement fédéral à prendre, en matière de financement à long terme et soutenu de la recherche sur le sida, un engagement proportionnel à notre population de séropositifs et à notre richesse relative⁸⁷.

Michael O'Shaughnessy a fait des réflexions sur la nécessité d'un financement stable à long terme. Après la première phase de la Stratégie, le financement de la recherche sur le VIH et le sida a fléchi : «Il est curieux de voir que plus se propage cette épidémie, plus l'argent consacré à la recherche diminue (3:22).» Qui plus est, les niveaux actuels de financement ne sont prévus que jusqu'à la fin de l'exercice financier de 1997-1998, après quoi l'avenir semble incertain.

À mon avis, cela engendre de l'incertitude et de l'inefficience au sein de l'univers de la recherche et influence la durée des initiatives qu'entreprendraient les chercheurs. Puisqu'aucun d'entre nous ne sait ni quand ni où les solutions scientifiques au VIH seront trouvées, toute stratégie tendant à diminuer ces probabilités est à courte vue (3:22).

Le Dr Mary Ellen Jeans, directrice générale de la Direction de la recherche, de la politique et de la planification des programmes et chargée du PNRDS, a dit au

⁸⁶ Société canadienne du SIDA, et coll., *Responding to Emerging Issues in HIV/AIDS Basic and Clinical Science Research*, 19 octobre 1994, 4 pages.

⁸⁷ AIDS Action Now! *La recherche sur le VIH au Canada : crise et réponse. Les perceptions des activistes pour la cause du traitement du sida*, Toronto, 12 octobre 1993, p. 19.

Sous-comité qu'environ 30 p. 100 de toutes les propositions de recherche présentées au PNRDS recevaient des comités d'examen par les pairs une recommandation favorable en matière de financement. C'est avec plaisir qu'elle a annoncé que, jusque récemment, les fonds prévus au budget avaient suffi à financer tous les projets recommandés. Le PNRDS finance également, en plus des projets de recherche proposés à l'initiative des chercheurs, des bourses de carrière et de formation. L'objet des bourses de carrière est de souligner et de récompenser l'excellence alors que le rôle des bourses de formation est d'attirer et d'aider des étudiants de deuxième cycle prometteurs, favorisant ainsi la promotion et la création d'un réservoir de compétences en recherche sur le VIH et le sida au Canada. Par contre, selon le témoignage du Dr Catherine Hankins, présidente de l'Association canadienne pour la recherche sur le VIH (ACRV), à la dernière série de subventions de formation, seulement environ 25 p. 100 des candidats recommandés ont effectivement reçu une bourse.

J'ai parlé avec des membres de ces deux comités [PNRDS et CRM]. Ils étaient très bouleversés, car la note normale de passage des comités est généralement de 80 p. 100. Dans leurs discussions, leur évaluation des candidatures et leur vote, ils partent du principe que les candidats dont la note est supérieure à 80 p. 100 recevront vraisemblablement une subvention. Après que les dossiers eurent été étudiés, la note de passage a été modifiée, en raison du manque de fonds, et portée à 85 p. 100...

Dans l'ensemble, cela signifie qu'environ un quart des candidats pour lesquels les comités ont fait une recommandation recevront des fonds (2:32).

De la même façon, Michael O'Shaughnessy a exprimé ses inquiétudes en ces termes :

... les implications à long terme de cette décision auront peut-être une plus grande portée et seront peut-être plus importantes qu'on ne le pense à l'heure actuelle. Si l'on restreint le nombre de chercheurs, le nombre de chercheurs principaux de la prochaine décennie diminuera également (3:21).

... la capacité de ces scientifiques de se battre pour obtenir des fonds d'exploitation peu abondants est freinée du fait de leur manque d'expérience et de compétences reconnues en la matière. Les personnes spécialisées en recherche fondamentale reçoivent des fonds en proportion des chances de réussite de leurs recherches. Des jeunes scientifiques ont beaucoup de mal à attirer des fonds déjà peu abondants (3:21).

En somme, nous nous retrouvons dans une situation inextricable : s'il n'y a pas assez de bourses de formation, moins de scientifiques canadiens acquerront une compétence de calibre mondial dans la recherche sur le VIH et le sida, et, s'ils ne peuvent faire la preuve de leur excellence en recherche, ils n'arriveront pas à se faire valoir pour décrocher des subventions de recherche avec recommandation de leurs pairs.

Outre l'insuffisance du financement de la recherche et le fait que la Stratégie n'a pas réussi à renforcer et enrichir la capacité de recherche au Canada, les témoins ont fait ressortir le manque de coordination dans la recherche canadienne sur le VIH et le sida. Catherine Hankins, de l'ACRV, a signalé que, lorsque le VIH et le sida ont commencé à préoccuper les Canadiens, le gouvernement fédéral a fait preuve d'un grand leadership dans le domaine de l'épidémiologie et de la santé publique. Aujourd'hui, il se montre beaucoup moins dynamique. Mary Ellen Jeans, PNRDS, a affirmé que, dans les premières années de l'épidémie, personne n'avait la moindre idée du problème en cause et qu'il était essentiel de commencer à observer la propagation de la maladie, de mettre des laboratoires sur pied et de recueillir des données scientifiques. Depuis, nous avons beaucoup appris sur le VIH et le sida, et elle convient qu'il est maintenant temps de réunir tous les protagonistes (chercheurs, séropositifs et sidéens, militants et représentants gouvernementaux) pour étudier et établir une stratégie de recherche coordonnée.

Selon Catherine Hankins, le gouvernement fédéral n'a pas pris les devants dans l'établissement du programme de recherche et c'est pour cela que la recherche sur le VIH et le sida a été entièrement laissée à l'initiative des chercheurs (2:29). Les recherches effectuées à l'initiative des chercheurs sont motivées par la curiosité. Autrement dit, le chercheur travaille sur ce qui l'intéresse ou ce qui lui semble être une bonne idée. Cette recherche «pure» a de nombreux avantages et peut être très fructueuse, mais, en période d'urgence comme celle de l'actuelle épidémie du VIH et du sida, sa réponse diffuse, voir éparpillée, peut ne pas satisfaire rapidement aux besoins spécifiques des personnes touchées.

Les cinq grands partenaires nationaux ont convenu qu'il était urgent d'adopter une stratégie nationale de recherche sur le VIH et le sida qui favorise un bon équilibre entre les recherches faites à l'initiative des chercheurs et le développement proactif de domaines de recherche prioritaire. La coordination s'impose si nous voulons exploiter nos points forts et éviter les doublons. Il est particulièrement important de nouer des alliances permettant à des équipes de recherche de choisir un domaine prioritaire, par exemple la thérapie génique. Enfin, il importe que le Canada fasse connaître les résultats de ses recherches sur le plan international : transferts technologiques, formation de personnel, conseils sur les protocoles de recherche et leur application.

En ce qui concerne l'établissement des priorités en matière de recherche, les témoins semblent d'accord sur la nécessité de faire participer les séropositifs et les sidéens au processus de décision. Carl Bousquet, CPAVIH, a signalé que, grâce à leur expérience de première ligne, les militants sont une ressource précieuse et devraient avoir un rôle officiel dans le choix des priorités de recherche. Le CPAVIH et AAN! ont tous deux dressé une liste de priorités en recherche fondamentale et clinique. En termes généraux, les priorités en recherche fondamentale comprennent ce qui suit : de meilleurs tests du fardeau viral; des études plus approfondies sur la résistance aux médicaments, les diverses infections

opportunistes et la thérapie génique; l'élucidation de la pathogénèse du VIH; une compréhension plus complète de la physiologie humaine, et plus particulièrement féminine. Parmi les priorités en recherche clinique, notons ce qui suit : recherche sur les composés pour stimuler la réaction immunitaire; les infections opportunistes qui mettent la vie en danger comme l'émaciation; l'évaluation, en fonction de chacun des deux sexes, de la pharmacocinétique, des effets à long terme des médicaments et de l'interaction entre les médicaments.

Les cinq principaux partenaires nationaux ont discuté avec Santé Canada de la nécessité d'une stratégie nationale de recherche sur le VIH et le sida, et le gouvernement a répondu par un document intitulé *Vers un processus national de planification de la recherche sur le VIH/ SIDA : document de travail*.

Le principe est d'établir une tribune où les partenaires et les intervenants peuvent discuter des problèmes à un niveau général, explorer, négocier et trouver des solutions aux problèmes à résoudre. Il s'agit de mettre en place un cadre national permettant d'identifier les questions auxquelles il faut s'attaquer et de déterminer s'il est nécessaire de mettre en place de nouveaux processus de planification ou si ceux qui existent déjà sont suffisants pour régler le problème (2:31).

Selon Catherine Hankins, les cinq partenaires nationaux voient cette proposition d'un oeil très favorable. Ils tiennent à participer au processus et à le faire démarrer le plus rapidement possible.

Il existe d'importantes divergences de vues entre l'industrie pharmaceutique, les militants et les chercheurs qui s'occupent du sida quant à l'importance de la recherche fondamentale que les sociétés pharmaceutiques font au Canada. Judy Erola, ACIM, a donné au Sous-comité l'assurance que, après les modifications que le Canada a apportées à la *Loi sur les brevets* en 1987 et en 1993, l'industrie a honoré son engagement à accroître ses dépenses en R-D au Canada. Ces dépenses sont passées de 103 millions de dollars en 1987 à 504 millions de dollars en 1993. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a dit que les membres de l'ACIM (titulaires de brevets) consacrent maintenant entre 11 et 13 p. 100 de leur chiffre d'affaires à la R-D. Les militants du VIH/sida soutiennent que les sociétés pharmaceutiques actives au Canada consacrent leur argent aux essais cliniques au détriment de la recherche fondamentale. Judy Erola a contesté cette affirmation, soutenant que, au Canada, un peu plus de 25 p. 100 des fonds affectés à la R-D servaient à la recherche fondamentale, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne mondiale. Catherine Hankins a pu jeter un autre éclairage sur ce débat :

... on sait que tout ce qui s'appelle *marketing research* compte comme recherche et développement. Donc, il ne s'agit pas nécessairement de regarder les choses dans un microscope en laboratoire. Tout l'élément de marketing, ils l'appellent *research and development*, ce que nous n'avions pas prévu (2:36).

Darien Taylor (AAN!) a exhorté le gouvernement à agir face au problème de «la pénurie de recherche fondamentale au Canada» :

Au sujet de la recherche fondamentale, les sociétés pharmaceutiques au Canada font très peu de ce genre de recherche dans le domaine du sida. Aucune société ne fait de la recherche fondamentale à l'interne même si certaines font faire des travaux par des experts canadiens comme le Centre du sida de l'Université McGill. La recherche fondamentale se fait généralement dans le pays du siège social de la société et on peut par la suite appliquer des recherches cliniques connexes au Canada (6:45).

... On aurait pu espérer que la prolongation de la période de protection assurée par le brevet aurait favorisé une augmentation importante dans la recherche fondamentale au Canada. Nous demandons au gouvernement de donner suite à la promesse (...) de faire une révision de la *Loi sur les brevets* et sa politique pharmaceutique (6:46).

Autre point de désaccord entre les militants du VIH/sida et l'ACIM : l'importance des consultations entre les sociétés pharmaceutiques et les séropositifs et sidéens. Selon Judy Erola, l'ACIM a mis sur pied un comité consultatif sur l'infection par le VIH et le sida dont font partie des membres du comité de direction du Réseau canadien pour les essais VIH. Son rôle est de «conseiller les entreprises membres sur toute question relative au VIH et au traitement du sida et de s'assurer qu'elles sont au courant non seulement des défis scientifiques, mais également des problèmes sociaux et éthiques auxquels sont confrontés ceux qui luttent contre la maladie (6:18).» Judy Erola n'a pas précisé dans quelle mesure les diverses sociétés pharmaceutiques faisaient appel à ce comité consultatif. Par contre, selon le bilan que dresse AAN! des efforts des sociétés pharmaceutiques au Canada en recherche sur le sida, une seule société, Glaxo, a mis sur pied un comité pour consulter les milieux intéressés sur les plans de recherche et prendre connaissance de leurs préoccupations afin d'y donner suite.

Les témoins ont souligné que les dépenses de recherche sur le VIH au Canada sont inférieures à celles d'autres pays du G-7, mais ils ont reconnu la nécessité de dépenser chaque dollar sagement. À cet égard, ils ont tous félicité les récents efforts de Santé Canada et des partenaires nationaux pour se réunir, discuter et établir une nouvelle stratégie coordonnée de recherche sur le VIH/sida. Santé Canada conjointement avec les partenaires nationaux doivent résoudre le problème du financement à long terme de la recherche sur le VIH/sida, et en arriver à une compréhension du mécanisme et de la structure à partir desquels la recherche sur le VIH/sida continuera d'être financée lorsque sera complétée la phase II de la Stratégie nationale sur le sida. En conséquence, le Sous-comité recommande :

- 22. Que Santé Canada prenne le leadership d'établir, avec les partenaires du VIH/sida et l'industrie pharmaceutique, un processus coordonné de planification de la recherche sur le VIH/sida;**

- 23. Que les objectifs premiers de ce processus de planification soient l'utilisation efficace de ressources limitées par le biais du développement de la recherche en collaboration, l'identification et l'élimination des dédoublements et l'établissement d'une liste des priorités de recherche pour des fins de financement ciblé.**

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS POUR RAISONS HUMANITAIRES

L'accès aux médicaments de recherche pour lutter contre le VIH et traiter des infections opportunistes est l'une des principales préoccupations exprimées par les représentants des séropositifs et des sidéens. Douglas Buckley-Couvrette (CPAVIH) a dit au Sous-comité que les malades atteints du VIH en phase terminale ont le droit, dans cette situation catastrophique, de choisir n'importe quelle thérapie, à leur gré, que cette thérapie ait été ou non approuvée par la Direction des médicaments de Santé Canada⁸⁸.

Les fabricants de produits pharmaceutiques ne peuvent commercialiser des médicaments au Canada avant d'avoir obtenu l'autorisation réglementaire. Il existe néanmoins trois mécanismes permettant aux malades en situation catastrophique d'avoir accès à des médicaments de recherche. Tout d'abord, le malade peut se porter bénévole pour des essais cliniques permettant de comparer l'efficacité d'un médicament de recherche par rapport à un placebo ou à une thérapie reconnue. Le bénévole ne sait absolument pas s'il reçoit la thérapie expérimentale ou non. Cela ne devrait pas poser de problème si la personne a proposé de participer pour servir la science. *AIDS Action Now!* s'oppose à ce type d'essai clinique et croit que «...tous devraient recevoir une forme de traitement. Chose certaine, on ne devrait pas avoir à participer à des essais cliniques parce que c'est le seul espoir d'obtenir le médicament⁸⁹».

Au Canada, il y a deux autres moyens de se procurer des médicaments de recherche pour raisons humanitaires. Selon Darien Taylor, du groupe AAN! :

Il s'agirait dans ce cas d'offrir une thérapie qui n'a pas encore été approuvée aux fins de commercialisation aux personnes qui sont malades et qui, après consultation de leur médecin, estiment que cette thérapie permettrait de leur sauver la vie, de leur faire retrouver la santé ou d'alléger leurs souffrances. Il s'agit évidemment d'une stratégie thérapeutique à risques, mais, de façon générale, les malades qui seraient prêts à y avoir recours ont épuisé toutes les autres possibilités et ne peuvent participer aux essais cliniques pour le médicament en question (6:46).

Une façon d'obtenir des médicaments pour raisons humanitaires est de participer à des essais cliniques comportant un volet d'option libre. Ce type d'essai a deux

⁸⁸ Selon la notion de droit des malades en situation catastrophique, tout adulte dont la maladie est à un stade désespéré a le droit de choisir, en consultation avec son médecin, des thérapies qui ne causent pas un tort direct à autrui.

⁸⁹ *AIDS Action Now!*, *AIDS and HIV Drug Trials in Canada — What You Need to Know*, 3^e édition, Toronto, avril 1993, p. 6.

composantes, l'étude à double insu (volet contrôlé) et l'option libre. Ceux qui ne veulent pas participer aux essais contrôlés ou n'ont pas les qualités requises pour le faire peuvent choisir l'option libre et recevoir, le plus souvent gratuitement, la thérapie expérimentale. On s'assure de la sorte que seuls de vrais volontaires participent à l'étude à double insu, ce qui aide à garantir la loyauté à l'égard des tests et l'honnêteté des sujets⁹⁰. On peut soutenir, à l'encontre de ce point de vue, que peu de personnes seront portées à participer à des tests contrôlés s'ils ont l'assurance de recevoir le médicament grâce au volet d'option libre. On fait remarquer que, si trop peu de participants sont attirés par les tests contrôlés, la validité de ceux-ci risque d'être compromise, le processus d'expérimentation s'en trouvant ralenti et l'approbation réglementaire retardée. De toute évidence, la seule solution est de mener des essais cliniques avec volet d'option libre⁹¹, ce qui se fait déjà, d'ailleurs.

La deuxième façon d'obtenir des médicaments pour des raisons humanitaires est que le médecin présente une demande dans le cadre du Programme des médicaments d'urgence (PMU) de Santé Canada. Ce programme a été mis en place parce que les praticiens ont parfois besoin de médicaments non approuvés au Canada pour traiter des patients qui souffrent d'une maladie grave ou pouvant mettre leur vie en danger, quand les traitements classiques ont échoué ou ne sont pas appropriés. En pareil cas, la Direction des médicaments peut autoriser la vente de ces médicaments aux médecins. En général, il s'agit de médicaments de recherche ou encore de médicaments approuvés dans d'autres pays, mais qui, faute de demande, n'ont jamais été soumis au processus d'approbation au Canada. Avant 1990, on prétendait que les responsables du PMU exerçaient un contrôle paternaliste, ne tenaient pas compte des droits des malades en situation désespérée et refusaient parfois des thérapies non approuvées aux sidéens⁹². Aujourd'hui, on prétend que les médicaments réclamés pour lutter contre le VIH sont rarement refusés. Darien Taylor (AAN!) a même dit que, parmi les réformes proposées dans le PMU, on pourrait envisager que le gouvernement adopte un rôle de surveillance (6:51). Pour l'essentiel, cela serait semblable au système en vigueur au Royaume-Uni, où le médecin a le droit d'exercer son jugement de clinicien dans le traitement de son patient. Autrement dit, le médecin traite directement avec le fabricant de produits pharmaceutiques, à qui il demande d'utiliser pour des raisons humanitaires un médicament non approuvé.

En ce moment, le rôle du gouvernement fédéral, en ce qui concerne l'accès à un médicament non approuvé pour des motifs humanitaires consiste à en autoriser et non à

⁹⁰ AIDS Action Now!, *Draft Model for Pharmaceuticals on Compassionate Access and Clinical Trials*, 1^{er} novembre 1994, 5 pages.

⁹¹ M.T. Schechter, *Essais à option libre et autres plans d'essais cliniques*, Santé et Bien-être Canada, Ottawa, 1990, 50 pages.

⁹² J. Dixon, *Catastrophic Rights — Experimental Drugs and AIDS*, New Star Books, Vancouver, 1990, p. 48.52.

en ordonner l'utilisation. En dernier ressort, c'est le fabricant qui décide s'il procurera le médicament et, dans l'affirmative, s'il exigera de se faire payer. Carl Bousquet a dit ceci au Sous-comité :

Souvent, même une fois que les profils d'innocuité et d'efficacité sont connus, les compagnies pharmaceutiques refusent d'offrir le médicament en accès humanitaire, et ce, pour différentes raisons. Elles pensent que l'accès humanitaire empêchera les gens de participer aux essais contrôlés. Parfois, elles disent ne pas avoir suffisamment de produit pour le distribuer à grande échelle. Ou enfin, comme c'est le cas de la compagnie Sereno, elles ne voient pas d'un bon oeil l'idée d'offrir un médicament gratuitement même s'il a potentiellement des effets bénéfiques sur la survie des individus (6:37).

Judy Erola (ACIM) a expliqué au Sous-comité que tous les intervenants, depuis le chercheur scientifique jusqu'au pharmacien, doivent être payés et que les fabricants de produits pharmaceutiques «n'ont pas à s'excuser de faire des profits (6:31)». On peut même dire que, sans la motivation du profit, il n'existerait pas d'industrie internationale du médicament, et il n'y aurait pas en ce moment 107 traitements pour le sida, dont 11 vaccins, à l'étude.

Quant à la question de mettre rapidement les nouveaux médicaments à la disposition des malades qui en sont à une phase désespérée, le Dr Michael Levy, de Glaxo Canada Inc., a eu la réflexion suivante : «Nous estimons que le meilleur accès, c'est de faire approuver le médicament par la Direction générale de la protection de la santé pour qu'il soit vraiment disponible (6:28)». Au sujet du processus d'approbation des médicaments au Canada, Judy Erola a fait remarquer que, parmi les pays où des membres de l'ACIM font des demandes d'approbation de médicaments, c'est le Canada qui a le système le plus lent. Le Sous-comité a appris par la suite que le processus canadien avait subi des réformes visant à accélérer l'évaluation des nouveaux médicaments proposés. En outre, un nouveau système a été établi qui permet d'évaluer en priorité les médicaments présentés pour le traitement de maladies ou d'affections graves qui menacent la vie ou sont gravement débilitantes. Dann Michols, directeur général de la Direction des médicaments, a affirmé que les délais, entre la demande et l'approbation finale, correspondaient maintenant à la moyenne mondiale et étaient dans bien des cas plus brefs. Il a ajouté qu'une des causes du prolongement de la période d'évaluation était la présentation de demandes mal préparées et inadéquates. Bien que la question n'ait pas été discutée, on a pu percevoir que les relations de travail n'étaient pas idéales entre la Direction des médicaments et l'industrie pharmaceutique, ce qui ne sert pas les intérêts supérieurs de ceux qui veulent utiliser rapidement de nouveaux traitements pour des maladies qui sont à un stade désespéré.

Les militants qui s'occupent des sidéens, tant ceux du AAN! que du CPAVIH, ont exhorté le gouvernement à ne plus se contenter d'autoriser l'utilisation des médicaments

de recherche, mais d'aller jusqu'à exiger que soit donné l'accès à ces médicaments. Ces groupes ont fait un certain nombre de propositions sur la manière de favoriser l'utilisation de ces nouveaux médicaments pour des motifs humanitaires. Carl Bousquet a dit ceci :

Nous croyons que la Direction des médicaments ou une autre agence gouvernementale devrait pouvoir s'assurer que l'industrie pharmaceutique se soumette à son obligation scientifique et morale d'offrir par accès humanitaire les traitements pour lesquels les profils d'innocuité et d'efficacité ont été démontrés. Il devrait y avoir une politique gouvernementale selon laquelle il serait impossible à une compagnie de poursuivre les essais cliniques tant que ce médicament n'est pas offert par accès humanitaire. Soulignons à nouveau l'influence que peut avoir le gouvernement grâce aux crédits d'impôt accordés aux compagnies pharmaceutiques et à l'évaluation de la loi C-91 [*Loi sur les brevets*] (6:37-38).

Avant qu'une société pharmaceutique ne puisse faire des essais cliniques au Canada, elle doit présenter les données disponibles sur le médicament ainsi qu'un protocole d'essai à la Direction des médicaments pour évaluation et approbation. Brian Farlinger (AAN!) estime que c'est à ce moment qu'on peut intervenir pour encourager les sociétés à donner accès aux médicaments pour des raisons humanitaires.

Essentiellement, nous demandons que, lorsque le gouvernement examine un protocole pour la phase II ou la phase III afin d'approuver l'aspect scientifique, il se renseigne également au sujet des intentions de la société concernant l'accès humanitaire, et que les autorités en matière de réglementation déterminent à ce moment-là si l'accès humanitaire proposé est raisonnable et juste dans les circonstances. Si une société n'est pas disposée à offrir l'accès humanitaire, nous recommandons que le gouvernement refuse d'approuver la conception de l'étude pour les phases II et III (6:50).

Darien Taylor a fait observer que le Réseau canadien pour les essais VIH s'était récemment doté d'une politique exigeant une déclaration d'intention sur l'accès humanitaire pour tous les essais de phases II et III qu'il parraine. Ce mécanisme ne sera efficace qu'auprès des sociétés qui veulent faire des essais au Canada. Celles qui les font ailleurs ne seront pas obligées d'accorder l'accès humanitaire aux Canadiens. Brian Farlinger a fait une proposition qui, de son propre aveu, est draconienne pour obliger les autres sociétés à accorder cet accès pour des motifs humanitaires. «Le pouvoir définitif à votre disposition est la révocation du brevet ou bien l'annulation des droits de marché pour un autre produit vendu par la société au Canada (6:51)».

AAN! croit qu'on pourrait aussi assurer l'accès aux médicaments pour des raisons humanitaires au moyen de changements au PMU :

Le gouvernement fédéral devrait inclure un pouvoir d'intervention au mandat du Programme d'accès aux drogues de traitement d'urgence et un mécanisme

disciplinaire afin d'inciter les compagnies pharmaceutiques à se conformer à la demande du Programme susmentionné en ce qui concerne l'accès aux drogues de recherche⁹³.

Toutefois, comme les réformes du PMU tendent vers la déréglementation — c'est-à-dire à céder aux médecins son pouvoir d'autoriser les médicaments non approuvés, il ne conviendrait guère, dans le contexte de l'accès pour raisons humanitaires, de donner au PMU un rôle de défense ou une fonction disciplinaire.

PAUVRETÉ ET DISCRIMINATION

Il est de plus en plus évident que l'épidémie du VIH/sida progresse plus vite là où on lui oppose moins de résistance. L'un des principaux facteurs de risque relevés sur le plan social est l'appartenance à un groupe pauvre, exposé à la discrimination et marginalisé. (Diane Marleau, 1:11)

Il ne fait aucun doute que les pauvres sont davantage à risque. Il ne fait aucun doute que ceux et celles qui ont une relation dans laquelle ils se sentent impuissants sont davantage à risque. Il ne fait aucun doute que les membres les plus désavantagés de notre société risquent davantage de contracter cette maladie. (Dr Brent Kvern, CMFC, 5:26)

A. Pauvreté

Comme pour presque toutes les maladies, il existe un rapport de cause à effet entre les inégalités socio-économiques et le VIH/sida. Des études confirment que les sidéens vivant dans la pauvreté meurent plus rapidement que leurs pairs profitant de conditions économiques plus stables⁹⁴. Qui plus est, le fait de vivre avec le sida accentue souvent les problèmes de pauvreté :

L'infection à VIH a un effet économique profondément négatif sur un grand nombre de personnes et de familles parce que : les effets invalidants de la maladie nuisent à la capacité des individus de continuer à vivre de façon autonome et de répondre financièrement à leurs besoins personnels et à ceux de leurs familles; les effets invalidants et complexes de l'infection au VIH créent un fardeau financier supplémentaire. Les besoins essentiels, tels qu'une alimentation et une nutrition équilibrées, le logement et les médicaments, sont

⁹³ AIDS Action Now! *La recherche sur le VIH au Canada : crise et réponse. Les perceptions des activistes pour la cause du traitement du sida*, Toronto, 12 octobre 1993, p. 26.

⁹⁴ Robert S. Hogg, Steffanie A. Strathdoe, Kevin J.P. Craib, Michael V. O'Shaughnessy, Julio S.G. Montaner, Martin T. Schechter, «Un statut socio-économique inférieur réduit la période de survie suivant l'infection par le VIH», Traduction d'un article paru dans *The Lancet*, 2 octobre 1994, vol. 344, p. 1120-1124.

supérieurs aux moyens financiers d'un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida⁹⁵.

Plus la maladie progresse chez les individus, plus il leur est difficile de subvenir à leurs propres besoins. Ils ont besoin d'un régime alimentaire amélioré, riche en protéines. Ils doivent souvent se procurer des suppléments nutritionnels et des vitamines. Les personnes atteintes doivent aussi consommer un grand nombre de médicaments tout au cours de leur maladie pour combattre les infections opportunistes. Or, ces suppléments nutritionnels et vitamines et ces médicaments anti-VIH sont fort dispendieux.

Brian Farlinger du AAN!, a témoigné au Sous-comité qu'il vit avec le sida et qu'il a dû déboursé près de 24 000 \$ en 1993 pour des médicaments antiviraux dont le but est d'empêcher des infections opportunistes (6:54). De son côté, Carl Bousquet du CPAVIH a parlé du fluconazole de Pfizer, un médicament souvent prescrit dans le cas de la candidose, l'une des infections opportunistes les plus fréquemment observées dans l'infection au VIH. Il a indiqué que le coût total de la prescription moyenne de 60 jours est de 951,60 \$. De plus, Bousquet a expliqué que si le micro-organisme responsable de l'infection développe une certaine résistance, le traitement doit être appliqué pour une durée de six mois à des doses plus fortes et fréquemment en association avec un ou plusieurs autres médicaments, ce qui entraîne des dépenses très élevées (6:36). Il a aussi discuté de l'hormone de croissance de Serono qui est utilisé dans le cas du syndrome d'émaciation lié au VIH. Tel que mentionné plus tôt, cette hormone est disponible dans le cadre du PMU. Toutefois, le PMU ne donne aucune ligne directrice à l'égard de la fixation de prix, de sorte que l'établissement du prix est laissé à l'entière discrétion du fabricant. Pour obtenir le traitement minimal de 6 mg par jour durant 12 semaines, il en coûte au total 17 220 \$, soit 205 \$ par jour. (6:34).

Des témoins ont expliqué que la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida ont contracté la maladie alors qu'elles étaient encore très jeunes, que ces personnes occupent généralement des emplois peu rémunérés et qu'elles n'ont pas ou peu d'économies. La grande majorité ne dispose pas d'un régime d'assurance-santé privée. Il semble que la situation soit problématique même pour les personnes qui possèdent une assurance, d'une part parce qu'elles doivent faire face aux délais de remboursement et, d'autre part, parce que l'assurance ne couvre qu'un certain pourcentage des coûts.

Des témoins ont soutenu que des personnes atteintes du VIH/sida occupant des emplois peu rémunérés et qui sont incapables de payer leurs suppléments nutritionnels et leurs médicaments se voient souvent dans l'obligation de quitter prématurément leur emploi et de recourir à l'aide sociale; de cette façon, ils peuvent bénéficier des programmes provinciaux d'assurance-médicaments. Cependant, la Société canadienne

⁹⁵ Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 29.

du sida juge que les prestations d'aide sociale (même si l'on y ajoute le supplément d'invalidité) ne suffisent pas à défrayer l'ensemble des frais de base — logement, alimentation, vêtements — en plus de la panoplie de médicaments. Il peut ainsi arriver que des personnes atteintes du VIH/sida aient à choisir entre la consommation des médicaments appropriés et d'autres besoins tous aussi essentiels parce qu'elles ne peuvent pas se permettre les deux⁹⁶. De plus, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments ne couvrent pas nécessairement les suppléments nutritionnels et les vitamines⁹⁷ et ces régimes ne remboursent pas les bénéficiaires pour les coûts liés aux médicaments obtenus dans le cadre du PMU (6:36). Le Sous-comité s'est fait dire que des personnes atteintes se font parfois hospitaliser dans le but unique d'obtenir les médicaments qu'elles n'ont pu se payer. Il arrive aussi qu'elles doivent être hospitalisées suite à l'aggravation ou à l'absence de prévention d'une infection parce que les médicaments sont trop coûteux.

Certaines provinces ont réagi à ces problèmes. Par exemple, Brian Farlinger (AAN!) a discuté du programme Trillium qui a été mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario et qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 1995. Il s'agit d'un programme de financement des médicaments pour maladies invalidantes dans le cadre duquel la contribution du malade se limitera à 4,5% du revenu net de l'individu; le gouvernement couvrira les dépenses au-delà de ce montant (6:54). De son côté, le gouvernement du Québec étudie actuellement la question de l'accès universel aux médicaments, mais aucune position officielle n'a été prise jusqu'à présent.

Le coût du logement dans les grands centres urbains constitue un autre obstacle pour les personnes vivant avec le VIH/sida. À Vancouver, par exemple, des personnes atteintes vivent dans des hôtels convertis en hébergement rudimentaire. Selon la SCS, il s'agit là de la seule catégorie de logement qu'elles ont les moyens de payer et qui leur permet un accès raisonnable à l'unité de soins du VIH/sida du St. Paul's Hospital, le seul établissement du genre à Vancouver. La Société a indiqué qu'un appartement d'une seule chambre dans le West End de Vancouver à proximité de l'hôpital revient à 700 \$ par mois environ. Or, l'allocation au logement aux termes du programme de prestations d'invalidité de la C.-B. est de 325 \$ par mois⁹⁸.

Afin d'aider les personnes vivant avec le VIH/sida, certains organismes communautaires ont mis sur pied, grâce à la contribution de fondations privées, un service de dépannage pour l'achat de médicaments et de suppléments qui ne sont pas remboursés par les régimes d'assurance-médicaments privés et gouvernementaux.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 30.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

D'autres encore offrent des banques d'alimentation et des vêtements. Les organismes disposent de ressources limitées pour offrir de tels services, alors que la demande ne cesse de croître. Par exemple, les responsables de la banque d'alimentation du *Pacific AIDS Resource Centre* à Vancouver ont remarqué une augmentation de leur clientèle de l'ordre de 400 p. 100 depuis 1990⁹⁹.

Par ailleurs, l'AIRC a dit regretter le fait que les personnes vivant avec le VIH/sida ne peuvent pas se servir de l'argent qu'ils ont dans leur fonds de pension. Selon l'AIRC, le gouvernement fédéral pourrait faire preuve de leadership en encourageant les gouvernements provinciaux à revoir leur loi sur les pensions de manière à inclure des clauses d'exception pour que ces personnes puissent retirer de l'argent de leur fonds de pension¹⁰⁰.

B. Discrimination

Dans les premières années de l'épidémie, il a été fait largement état de la discrimination contre les séropositifs et les sidéens dans les domaines du logement, de l'emploi, des soins de santé et de l'éducation. Craignant que les séropositifs et les sidéens ne menacent directement leur santé, de nombreuses personnes ont réclamé des tests obligatoires et diverses formes de quarantaine. À la faveur des progrès de la connaissance, on s'est aperçu que le VIH n'était pas transmis par simple contact, mais par certaines activités à haut risque. Les responsables de la santé publique ont préconisé l'information (pour qu'on évite les comportements à haut risque) comme méthode idéale de prévention du sida. Dans les établissements de santé, on a constaté que les méthodes ordinaires de lutte contre l'infection étaient suffisantes pour que soient très rares les cas de transmission du VIH dans le cadre des activités professionnelles. Par conséquent, les principes et les méthodes de contrôle du VIH et du sida reposent sur la responsabilité personnelle à l'égard de sa propre santé.

Le VIH et le sida, comme tous les autres problèmes d'ordre médical, sont considérés comme un handicap. Or, les handicaps sont l'un des motifs de discrimination interdits par la *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Quiconque croit avoir été traité injustement parce qu'il est séropositif ou sidéen, a des contacts avec des séropositifs ou des sidéens ou a dans sa famille un séropositif ou un sidéen, doit s'adresser à la Commission canadienne des droits de la personne pour qu'elle fasse enquête¹⁰¹. L'information et une meilleure reconnaissance des droits des séropositifs et des sidéens peuvent avoir beaucoup découragé la discrimination ouverte, mais il est certain qu'il

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Mémoire*, février 1995, p. 10 et 13.

¹⁰¹ Commission canadienne des droits de la personne, *VIH/sida et la discrimination — Une question de droit*, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, Ottawa, 1993, brochure.

subsiste des formes plus subtiles de discrimination. Beaucoup de témoins représentant des groupes de séropositifs et de sidéens ont fait remarquer que la discrimination est souvent tolérée parce que la victime est simplement trop malade pour chercher à obtenir réparation au moyen de démarches juridiques longues et ardues.

Il y a encore deux domaines où la discrimination demeure visible : on réclame le dépistage du VIH chez les professionnels de la santé et on demande à ce que les immigrants séropositifs ou sidéens soient refusés au Canada. Le Sous-comité s'est fait dire à maintes reprises que les risques de transmission du VIH entre le personnel médical et le patient étaient absolument infimes, tandis que le coût de tests de dépistage appliqués à tous les travailleurs de la santé serait énorme. Catherine Hankins a signalé que, dans les services médicaux, l'alcool présentait un risque bien supérieur au VIH :

À ma connaissance, il ne se fait pas, sur une grande échelle, d'examen de détection de l'utilisation abusive de l'alcool chez les médecins, ce qui, à mon avis, constitue un problème beaucoup plus grave que celui du VIH chez les médecins (2:39).

Par ailleurs, des Canadiens veulent qu'on refuse l'entrée au Canada aux immigrants séropositifs éventuels parce que ceux-ci constitueraient une lourde charge financière pour les services de santé canadiens. La Société canadienne du sida est d'avis qu'il s'agit d'une exclusion injustifiée et que chaque cas doit être jugé au mérite¹⁰².

Il existe un autre domaine de discrimination assez flou : on prétend que des médecins ont refusé de traiter des patients séropositifs ou sidéens. Il est sûr que certains médecins, en raison de préférences ou de convictions personnelles, ont pratiqué la discrimination en refusant comme patients des homosexuels ou des utilisateurs de drogues injectables. Par ailleurs, il doit également y avoir des généralistes qui, n'ayant jamais eu de patients séropositifs ou sidéens, n'avaient pas les connaissances voulues et ont renvoyé le patient à un médecin compétent dans le traitement de l'infection par le VIH et du sida. Du point de vue du séropositif ou du sidéen, il est certainement préférable de choisir un médecin qui a les connaissances voulues et ne porte pas de jugement.

Douglas Buckley-Couvrette a dit au Sous-Comité :

... il n'y a que 100 médecins qui acceptent de traiter les malades atteints du VIH ou du sida au Québec (6:42).

... soyons honnêtes, la plupart des médecins qui soignent les personnes atteintes du VIH ou du sida sont des homosexuels. C'est la situation telle qu'elle existe au Québec (6:43).

Bien que cette affirmation soit peut-être exacte, on peut supposer que les médecins homosexuels ont probablement tendance à avoir une clientèle homosexuelle et que,

¹⁰² Société canadienne du sida, Mémoire, 15 février 1995, p. 21.

lorsque l'épidémie de sida s'est présentée, ils sont devenus par défaut, eux qui étaient en première ligne, les experts du VIH et du sida.

Comme mentionné plus tôt, l'une des répercussions négatives de la discrimination sur la lutte contre le sida se situe dans le domaine du financement. Selon Roger Bullock (CANFAR), «comme cette maladie est encore très mal vue, la levée de fonds est une tâche difficile qui prend beaucoup de temps (3:7)». Qui plus est, certaines personnes peuvent décider de ne pas contribuer à la lutte contre le sida parce qu'elles croient que ceux qui vivent avec le VIH/sida méritent leur sort.

Un grand nombre de personnes font une distinction entre les victimes «innocentes» et les victimes «coupables» du sida — c'est-à-dire que les personnes ayant contracté l'infection au VIH à la suite de comportements sexuels ou de l'utilisation de drogues injectables ont posé des gestes répréhensibles et méritent ce qui leur arrive¹⁰³.

Une autre forme de discrimination qui a été signalée au Sous-comité tient au fait que la marginalisation et la discrimination ont pour effet de rendre certains groupes plus vulnérables aux risques d'infection. Catherine Hankins (ACRV) a abordé la question :

Comment donc tenter de nous attaquer au problème réel? Le plus important, je pense, c'est de comprendre que ce virus s'attaque aux populations vulnérables. Celles-ci sont vulnérables à cause de la pauvreté, de la discrimination, du manque d'accès à des services de santé, d'une mauvaise nutrition, etc. Si l'on regarde partout dans le monde, dans chaque société, les sujets les plus touchés sont ceux qui font partie de ces groupes vulnérables (2:37).

Dans son mémoire au Sous-comité, la Société canadienne du sida a décrit certaines des nombreuses manières dont la discrimination et la marginalisation favorisent la propagation du VIH. Les personnes victimes de préjugés intériorisent souvent la discrimination, ce qui amoindrit leur estime de soi et fait en sorte qu'elles sont moins motivées à prendre leur santé en charge ou à se montrer réceptives aux messages de prévention. Ceux qui souffrent de discrimination ou la redoutent ont souvent tendance à se tenir à l'écart, si bien qu'il est beaucoup plus difficile de les rejoindre au moyen des messages de prévention. Les groupes marginalisés sont moins portés à avoir accès à toute la gamme de services sociaux et de santé importants pour la prévention du VIH (tels que le dépistage confidentiel et le counselling; les condoms de prix abordable et les traitements contre la toxicomanie, y compris les programmes d'échange de seringues). Les groupes marginalisés peuvent avoir du mal à s'organiser en collectivité, ce qui limite leur capacité d'élaborer leurs propres programmes et de contribuer aux discussions sur les politiques et la planification. L'éducation sexuelle et l'éducation sur le sida dans les

¹⁰³ *Ibid.*, p. 33.

écoles, là où elle est offerte, s'adressent aux hétérosexuels; il donc difficile de rejoindre les jeunes hommes ou femmes homosexuels au moyen des messages sur les activités sexuelles à risques réduits. En outre, la plupart des groupes marginalisés ne sont pas bien représentés dans les images du VIH et du sida qui apparaissent dans les médias, y compris les messages sur les activités sexuelles à risques réduits et les autres messages éducatifs. Par conséquent, ces groupes ont moins tendance à réagir à ces messages¹⁰⁴.

La Société a également fait remarquer que de nombreux organismes de lutte contre le sida n'ont pas réussi à obtenir une assurance-vie ou assurance-invalidité pour leurs employés. Il leur est donc difficile d'attirer des candidats compétents, notamment parmi les séropositifs. Or, la participation de ces personnes est indispensable pour garantir l'efficacité des programmes. Elle conclut son exposé sur la discrimination par ceci :

Les gouvernements se sont montrés lents à réagir à l'épidémie et leur réaction, encore aujourd'hui, demeure inadéquate. Il est impossible de ne pas conclure que cette situation est attribuable au fait que le sida est perçu comme une maladie qui ne touche que les personnes marginalisées. Il est difficile de croire que les gouvernements auraient réagi avec autant de lenteur si le sida avait touché principalement les hommes hétérosexuels de race blanche issus de la classe moyenne.

La discrimination a un effet marqué sur l'épidémie de VIH/sida. **La lutte contre la discrimination doit devenir l'une des priorités de la Stratégie nationale sur le sida**¹⁰⁵.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*

Demande de réponse globale du gouvernement

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande que le gouvernement dépose une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé (*fascicule n° 35, qui contient ce rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

L'HON. ROGER SIMMONS, c.p., député.

ANNEXE A

Liste des témoins

Associations et particuliers	Fascicule	Date
Santé Canada Martin Méthot, conseiller principal en matière de politique Secrétariat national sur le sida Judy Portman, conseillère principale en matière de politique Secrétariat national sur le sida Dr Donald Sutherland, chef Division de l'épidémiologie du VIH/sida Laboratoire de lutte contre la maladie	à huis clos	14 décembre 1994
Santé Canada L'honorable Diane Marleau, ministre Paul Cochrane, sous-ministre adjoint Direction générale des services médicaux Gweneth Gowanlock, directrice générale Secrétariat national sur le sida Kay Stanley, sous-ministre adjointe Direction générale des programmes et services de santé Dr Donald Sutherland, chef Division de l'épidémiologie du VIH/sida	1	8 février 1995
Société canadienne du sida David Garmaise, directeur général Brian Huskins, président René Raymond, président sortant	2	15 février 1995
Association canadienne pour la recherche sur le VIH Dr Catherine Hankins, présidente	2	15 février 1995
Fondation canadienne pour la recherche sur le sida Roger Bullock, directeur général	3	22 février 1995
Réseau canadien pour les essais VIH Dr Michael O'Shaughnessy, président sortant Comité consultatif national sur le sida Dr Martin Schechter, directeur national	3	22 février 1995

Associations et particuliers	Fascicule	Date
Association canadienne de la santé publique Ron de Burger, directeur Programme sur le sida Dr William Rowe, président Comité consultatif sur les programmes	4	1 ^{er} mars 1995
Association des infirmières et infirmiers du Canada Eleanor Ross, présidente Heather Caloren, expert-conseil des politiques infirmières	4	1 ^{er} mars 1995
Société canadienne de l'hémophilie Durhane Wong-Rieger, présidente James Kreppner, membre du conseil d'administration	5	15 mars 1995
Collège des médecins de famille du Canada Dr Brent Kvern, membre Groupe de travail sur le VIH/sida Moira Tobin, coordinatrice Programme du VIH/sida	5	15 mars 1995
Association médicale canadienne Dr Carole Guzman, secrétaire générale adjointe Dr David Walters, directeur Soins et promotion de la santé	6	28 mars 1995
Association canadienne de l'industrie du médicament L'honorable Judy Erola, présidente Dr Gervais Dionne, vice-président général Recherche et développement, BioChem Pharma Dr François Lebel, vice-président Affaires scientifiques, Burroughs Wellcome Dr Michael Levy, vice-président Sciences médicales, Glaxo	6	28 mars 1995
Comité des personnes atteintes du VIH du Québec Carl Bousquet, président Douglas Buckley-Couvrette, directeur général Jose Sousa, membre du conseil d'administration	6	28 mars 1995
AIDS Action Now! Brian Farlinger, membre Comité sur le traitement et la recherche Darien Taylor, membre	6	28 mars 1995

Associations et particuliers	Fascicule	Date
Comité d'experts sur le sida et les prisons Dr Norbert Gilmore, président	—	3 mai 1995
Service correctionnel Canada John Edwards, commissaire	—	3 mai 1995
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida Roger Malenfant, vice-président Roger Le Clerc, secrétaire Lise Pineau, directrice générale	—	9 mai 1995
Santé Canada Tracey Donaldson, gestionnaire par intérim Programme d'action communautaire sur le sida Janice Hopkins, directrice générale Services de santé des Indiens et des populations du Nord Direction générale des services médicaux Barbara Jones, chef Unité d'éducation et de prévention en matière de sida Robert Shearer, chef adjoint Unité des soins, traitements et soutien pour le sida Kay Stanley, sous-ministre adjointe Direction générale des programmes et services de santé	—	10 mai 1995
Santé Canada Claire Franklin, directrice Bureau des médicaments humains prescrits Mary Ellen Jeans, directrice générale Direction de la recherche, des programmes, de la politique et de la planification Dann Michols, directeur général Direction des médicaments Kay Stanley, sous-ministre adjointe Direction générale des programmes et services de santé Dr Ron St. John Bureau du VIH/sida (Laboratoires et recherche) Laboratoire de lutte contre la maladie	—	10 mai 1995
Conseil de recherches médicales du Canada Dr Michel Denis	—	17 mai 1995

Associations et particuliers	Fascicule	Date
La Brasserie Molson Limitée Charles Frenes, vice-président principal Affaires d'entreprise et relations publiques	–	31 mai 1995

L'opinion dissidente du Parti Réformiste concernant L'étude de la Stratégie nationale sur le sida

SHARON HAYES, DÉPUTÉE, PORT MOODY—COQUITLAM

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur le VIH/sida a été créé en novembre 1994. Son mandat était le suivant :

Étudier la progression du VIH ainsi que la prévention, le traitement et le soutien des personnes atteintes du VIH/sida, entre autres, l'incidence des facteurs reliés à la pauvreté et à la discrimination.

La première phase de l'étude consistait en l'examen du rôle que joue le gouvernement fédéral dans la lutte contre le VIH/sida. Le Sous-comité a entendu le témoignage d'organismes, de professionnels et de fonctionnaires du ministère de la Santé pour examiner plus particulièrement les programmes de la phase II de la Stratégie nationale sur le sida «en vue de cerner les lacunes de la Stratégie nationale sur le sida et d'en renforcer les mesures».

Le *Rapport portant sur l'étude de la Stratégie nationale sur le sida* livre les résultats des audiences tenues du 14 décembre 1994 au 31 mai 1995. L'examen attentif du rapport révèle des failles et des points litigieux quant à ses conclusions. La présente opinion met en question la validité du processus, expose la faiblesse particulière de volets de la Stratégie et souligne l'absence d'ordre de priorité et de cadre de responsabilité et d'évaluation en ce qui concerne plusieurs aspects de la Stratégie.

Priorités budgétaires : Santé Canada

Le rapport traite, entre autres, de l'épidémiologie du sida au Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Toutefois, le degré d'intervention et de soutien financier du gouvernement fédéral doit être considéré par rapport à d'autres maladies graves qui sévissent dans notre population. La réduction croissante des ressources financières de l'État fédéral exige que tous les engagements du gouvernement, sous la forme de ressources ou de fonds ministériels, soient examinés en fonction des priorités nationales en matière de dépenses. Santé Canada ne fait pas exception à cet égard. Le rapport susmentionné ne tient aucunement compte des autres stratégies en matière de santé du ministère.

En fait, le Sous-comité a limité son examen à la seule question du financement et des dépenses du gouvernement fédéral consacrés à la lutte contre le VIH/sida. Comme le

rapport l'indique, Santé Canada a affecté environ 40,7 millions de dollars au budget de la phase II de la Stratégie pour 1995-1996. Au terme de la phase II, en 1998, on aura affecté 203,5 millions de dollars à la Stratégie (pour la période allant de 1993 à 1998 inclusivement)¹.

La gravité de la maladie et les souffrances que celle-ci cause dans notre société sont indéniables. Comme d'autres problèmes de santé, cette maladie nécessite qu'on prenne des engagements formels en ce qui touche la prévention, les soins et la recherche. Il est également vrai, cependant, que beaucoup d'autres maladies que le sida, tels les cancers du sein, de la prostate et du cerveau, les maladies cardiovasculaires et les maladies du foie, peuvent être évitées et font peser une grave menace sur la santé de la population.

En fait, selon une analyse comparative, les priorités budgétaires du gouvernement fédéral ne reflètent pas l'incidence de la maladie. La ministre a reconnu, dans son témoignage devant le Sous-comité, que les réalités fiscales et budgétaires limitent l'éventail des choix pour l'affectation des fonds du gouvernement fédéral. Les choix qu'on a faits montrent à l'évidence, non seulement l'ordre des priorités budgétaires du gouvernement, mais aussi les incidences négatives de celui-ci sur les autres programmes de santé de l'État.

DÉPENSES CONSACRÉES À CERTAINS PROGRAMMES
(en millions de dollars²)

	1986-1987	1993-1994	1994-1995
Stratégie sur le sida			
Programme	0,0	9,4	15,1
Action communautaire	1,4	16,3	19,6
Recherche	0,0	9,3	8,7
Total	1,4	35,0	43,4
Cancer du sein			
Programme	0,0	0,9	1,1
Action communautaire	0,0	0,5	0,5
Recherche	1,0	1,4	2,5
Total	1,0	2,5	4,0
Maladies cardiovasculaires			
Programme	0,0	0,0	0,0
Action communautaire	0,0	0,4	0,6
Recherche	0,7	3,4	3,2
Total	0,7	3,8	3,8

¹ Résumé des témoignages produit pour le Sous-comité de la Chambre des communes sur le VIH/sida. O. Madore et W. Murray, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, p. 9.

² Planning, Analysis & Reporting Division, DPFA, CSB EGR14/PARLREQ, 2 novembre 1995.

Parallèlement à ces données, il est à noter également qu'à la fin de décembre 1994, on enregistrait au total au Canada 10 689 cas de sida ainsi que 7 471 décès attribuables à cette maladie. Il faudrait comparer cela aux quelque 17 700 cas de cancer du sein diagnostiqués et aux 5 400 décès dus à cette maladie, **en 1995 seulement**³.

Recommandation :

Il doit exister un équilibre dans la politique de santé publique à l'égard des priorités budgétaires du gouvernement fédéral concernant les maladies, équilibre qui doit reposer sur une analyse comparative de la nature des diverses maladies, de leur prévalence dans la population et du nombre de décès qu'elles entraînent au Canada.

En outre, le rapport traduit la mentalité prévisible et dépassée qui caractérise les dépenses gouvernementales en fin d'exercice. Dans sa septième recommandation, le Sous-comité a averti Santé Canada qu'il devrait dépenser le total des sommes prévues au budget de chaque exercice financier pour la Stratégie nationale sur le sida (p. 17). En réalité, le Sous-comité a recommandé que l'on dépense les montants budgétés sans se préoccuper de savoir si les dépenses ont un but précis et si elles sont justifiables.

Une telle façon de procéder prête le flanc à une politisation douteuse du processus de budgétisation et de financement. En d'autres termes, la mentalité des dépenses de fin d'exercice est loin de favoriser l'utilisation prudente, judicieuse et efficace des fonds publics pour la lutte contre le sida. En fait, le Sous-comité a adopté une position opposée à celle de la ministre. Dans son témoignage, la ministre a affirmé qu'il est essentiel de dépenser avec prudence et efficacité en vue d'atteindre les objectifs de la Stratégie plutôt que de dépenser sans discernement⁴.

Recommandation :

Les fonds prévus aux budgets devraient être dépensés seulement quand c'est nécessaire.

³ Statistiques canadiennes sur le cancer 1995, Institut national du cancer du Canada, p. 22-24.

⁴ Témoignage de Diane Marleau, ministre de la Santé, Témoignages et procès-verbaux, p. 1:10.

Priorités budgétaires : Stratégie nationale sur le sida

Le tableau qui suit présente l'enveloppe budgétaire consacrée à la Stratégie nationale sur le sida :

Volet	Enveloppe annuelle moyenne	Budget réel 1993-1994	Enveloppe pour 1994-1995	Enveloppe pour 1995-1996
Action communautaire	9,8	10,4	9,8	9,8
Éducation et prévention	6,2	5,3	6,3	6,3
Recherche et épidémiologie	17,8	15,6	18,7	16,7
Soins, traitements et soutien	5,4	3,3	8,6	6,4
Coordination et collaboration	1,5	1,0	1,7	1,5
TOTAL	40,7	35,6	45,0	40,7

Ce tableau et l'analyse qu'on en fait dans le rapport révèlent plusieurs tendances plutôt inquiétantes.

Il est à noter que les crédits de 1995 correspondent directement à la moyenne des dépenses des deux exercices précédents. Or, on n'a pas évalué l'efficacité des dépenses de ces exercices, ni en fait celle de quelque autre régime de dépense, sans compter que le Sous-comité a accepté une moyenne des montants records dépensés au cours de ces deux exercices, sur le conseil d'intervenants et de bénéficiaires de subventions.

L'examen de ce tableau indique aussi que les soins et le soutien dispensés aux victimes du sida a atteint un niveau très bas dans l'échelle des priorités. En fait, ces activités mobilisent environ 1/6 du budget total. De même, les arguments relatifs au financement qui ressortissent aux coûts élevés des médicaments et des soins pour les victimes du sida (environ 100 000 \$ par patient, dont la majeure partie déborde le cadre des soins de santé traditionnels) sont très bas dans l'ordre de priorité de la Stratégie nationale sur le sida, bien après le financement des campagnes visant des «changements de comportement» dans le cadre des programmes d'éducation et d'action communautaire. Les dépenses de programmes plutôt floues et impossibles à contrôler consacrées à l'action communautaire (9,8 millions) ainsi qu'à l'éducation et à la prévention (6,3 millions) équivalent à peu près aux fonds affectés à la recherche (16,7 millions).

Recommandation :

Santé Canada doit établir des règles claires pour qu'il y ait un équilibre dans l'ordre des priorités de financement à l'égard des différents volets de la Stratégie nationale du sida.

ÉVALUATION ET COORDINATION DES PROGRAMMES

Certaines personnes ont des doutes quant à l'efficacité de stratégies de ce type. C'est ce qui ressort de plusieurs témoignages ainsi que de rapports de recherche provenant de Suisse, pays où l'on retrouve le plus haut taux de sida déclaré en Europe. Un examen de mi-mandat a été demandé, mais il ne sera pas disponible avant la fin de l'année. En fait, les résultats de l'examen de mi-mandat devraient avoir un effet obligatoire sur les décisions de conception et de financement que doit prendre le Comité dans ses recommandations. Il est totalement inadéquat de prendre des engagements à long terme sans se fonder sur l'expérience.

Recommandation :

Les résultats de l'examen de mi-mandat doivent être inscrits dans le rapport du Sous-comité pour permettre d'évaluer correctement l'efficacité de la gestion et de l'administration de la Stratégie nationale sur le sida.

Dès réception de l'examen de mi-mandat, le Sous-comité doit examiner avec rigueur les résultats obtenus en vue de renforcer la structure de responsabilité de la Stratégie nationale sur le sida.

Selon la huitième recommandation du rapport, la ministre de la Santé doit s'assurer de la bonne gestion des fonds alloués à la Stratégie nationale sur le sida. Toutefois, cette recommandation ne prévoit aucun mécanisme pour atteindre ce but.

Recommandation :

Il est nécessaire de mener une évaluation globale des programmes de la Stratégie nationale sur le sida en vue d'examiner celle-ci en fonction de son efficience, de son efficacité et des possibilités d'autres modes de mise en oeuvre des programmes.

La Ministre doit être tenue entièrement responsable des décisions prises.

Dans sa douzième recommandation, le Sous-comité recommande que Santé Canada réexamine la question du financement ponctuel et de soutien. Pourtant, comme l'indique le rapport du Sous-comité, il se pose déjà des problèmes de mauvaise utilisation et de mauvaise gestion des fonds, qui sont actuellement à l'étude dans l'examen de mi-mandat. Le fait de se tourner vers un financement opérationnel figé, et dont il est souvent impossible de rendre compte, ne résoudra pas ces problèmes, et pourrait même accroître encore la difficulté d'obtenir des évaluations valables dans l'avenir.

Recommandation :

Il ne faut pas abandonner le financement ponctuel au profit du financement de soutien. Ces deux formes de financement dans le cadre du Programme d'action communautaire sur le sida doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie de façon régulière afin que ces ressources soient allouées de façon efficiente et efficace.

Le rapport du Sous-comité n'a pas non plus considéré ce qu'il en coûte à Santé Canada et au gouvernement pour mettre en oeuvre ces recommandations. Les vingt-trois recommandations ne sont pas limitatives.

Recommandation :

Le Sous-comité doit effectuer une analyse serrée des coûts de ses recommandations de façon à mesurer correctement leur impact sur les ressources de Santé Canada et sur les ressources allouées à la Stratégie nationale sur le sida.

L'ACTIVISME DU GOUVERNEMENT, LES ENFANTS ET LES FAMILLES

Dans son rapport, le Sous-comité a pris en compte des données épidémiologiques provenant du monde entier, mais n'a pas réussi à réfléchir à des recherches connexes sur les effets d'approches «intégrées» similaires adoptées dans d'autres pays. Une étude suisse sur un programme très similaire à la Stratégie intégrée sur le sida a des incidences quelque peu troublantes. Ce programme polyvalent d'intervention prévoyait une campagne publique de cinq ans visant à accroître l'emploi des condoms en Suisse et mettant l'accent sur «la sexualité à risques réduits». Les données révèlent qu'après trois années de mise en oeuvre du programme, les jeunes filles *âgées de 16 ans et moins* semblent manifester un degré plus élevé d'activité sexuelle (les italiques sont ajoutées). De 1987 à 1990, le pourcentage de jeunes âgés de 16 ans qui ont eu une activité sexuelle s'est accru, passant de 36 à 57 % chez les filles et de 58 à 63 % chez les garçons⁵.

Notre Stratégie nationale sur le sida révèle la même orientation que le modèle suisse, et cette approche est maintenue dans les recommandations du rapport du Sous-comité. Par exemple, le rapport parle de démanteler les obstacles à l'efficacité des mesures de prévention, qui sont identifiés comme des attitudes, des restrictions dans l'emploi du langage, et l'accès à des installations scolaires et résidentielles.

⁵ «Dealing with AIDS: Quo Vadis?» Stephen et Shelagh Genuis. Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, mars 1995, p. 220.

Le rapport analyse aussi des propositions de certains témoins qui préconisent l'implantation obligatoire de programmes de santé sexuelle dans les écoles secondaires et qui sont en faveur de l'emploi de programmes éducatifs télévisés pour informer les enfants et les adolescents sur le VIH/sida. Par exemple, la Fondation canadienne pour la recherche sur le sida a financé et diffusé le programme «AIDS Scare/AIDS Care» parmi les présidents des conseils des élèves du secondaire dans tout le pays.

Ces efforts d'«éducation» aux incidences inconnues sur le comportement se sont aussi élargis à nos jeunes enfants. Pendant les audiences, des membres du Sous-comité ont examiné l'idée de distribuer dans tout le pays le «livre d'images» sur le HIV/sida intitulé *Viens t'asseoir avec moi* dans les écoles primaires à l'intention des enfants âgés de 4 à 8 ans.

Recommandation :

Il est nécessaire d'évaluer correctement les stratégies de prévention et d'éducation financées par Santé Canada et par le gouvernement fédéral, qui doivent être validées par un processus public. L'éducation ne doit pas inciter les jeunes à avoir une activité sexuelle plus tôt. Les programmes gouvernementaux qui accroissent les risques pour la santé des jeunes et des autres Canadiens en incitant à des changements dans les comportements doivent être abolis.

CONCLUSION

Le rapport du Sous-comité n'a pas examiné les questions de la responsabilité financière, de l'intrusion du gouvernement et des processus connexes dans son examen de la Stratégie nationale sur le sida. Il est de notre responsabilité, en tant que législateurs, de peser correctement les options et les conséquences de nos décisions en vue de préserver et d'améliorer la santé de tous les Canadiens.

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 5, 1995
(Meeting No. 71)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:15 o'clock a.m. this day, in Room 536 Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons.

Acting Member present: Rex Crawford for Paul Szabo.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Institute for Child Health: Graham Chance, Chair; Denise Avar, Executive Director; From the Canadian Institute of Advanced Research: Professor Dan Keating, Director, Human Development Program.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of a study on Preventative Strategies for Healthy Children. (See *Minutes of Proceedings*, dated Thursday, November 2, 1995, Issue No. 33).

Denise Avar and Graham Chance made an opening statement and answered questions.

Dan Keating made an opening statement and answered questions.

Pursuant to the Order of Reference received from the House, dated November 8, 1995, and the motion adopted by the Committee on November 7, 1995, which stated that upon presentation of the report of the Sub-Committee on C-95, it be deemed adopted, the Chairman declared the Report of the Sub-Committee duly adopted with amendment, and requested that Andy Scott present it to the House as the Committee's Seventh Report.

It was agreed,—That the First Report of the Sub-Committee on HIV/AIDS reviewing the National AIDS Strategy be adopted as the Committee's Eighth Report to the House and that on behalf of the Chair, the Chair of the Sub-Committee on HIV/AIDS be instructed to present it to the House when it is printed.

It was agreed,—That the Committee authorize the printing of a brief dissenting opinion from the Reform Party of Canada, as appended to the First Report of the Sub-Committee on HIV/AIDS.

It was agreed,—That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to the Report within one hundred and fifty (150) days.

It was agreed,—That the researchers and clerk be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the Draft Report.

It was agreed,—That the Chair of the Sub-Committee on HIV/AIDS be authorized to issue a press release and/or hold a press conference following the presentation of the Report to the House of Commons.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 5 DÉCEMBRE 1995
(Séance n° 71)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé se réunit à 9 h 15, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Hedy Fry, Sharon Hayes, Grant Hill, Ovid L. Jackson, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons.

Membre suppléant présent: Rex Crawford pour Paul Szabo.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Nancy Miller-Chénier, attachées de recherche.

Témoins: De l'Institut de la santé infantile: Graham Chance, président; Denise Avar, directrice administrative; De l'Institut canadien sur la recherche avancée: professeur Dan Keating, directeur, Programme sur le développement humain.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité poursuit une étude sur les stratégies de prévention axées sur la santé des enfants (*Voir le Procès-verbal du jeudi 2 novembre 1995, fascicule n° 33*).

Denise Avar et Graham Chance font une déclaration préliminaire et répondent aux questions.

Dan Keating fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Conformément à l'ordre de renvoi reçu de la Chambre le 8 novembre 1995, le Comité avait adopté le 7 novembre 1995 une motion en prévision de la réception de l'ordre, laquelle déclarait que le rapport du Sous-comité sur le projet de loi C-95 serait adopté d'office à sa présentation. Par conséquent, le président déclare le rapport du Sous-comité adopté avec amendement et il demande à Andy Scott de le présenter à la Chambre à titre de septième rapport du Comité.

Il est convenu,—Que le premier rapport du Sous-comité sur le VIH/SIDA relatif à l'examen de la Stratégie nationale sur le SIDA soit adopté à titre de huitième rapport du Comité et que le président du Sous-comité soit chargé, au nom du président du Comité, de le présenter à la Chambre lorsqu'il aura été imprimé.

Il est convenu,—Que le Comité autorise l'impression d'une brève déclaration dissidente du Parti réformiste du Canada en annexe au premier rapport du Sous-comité sur le VIH/SIDA.

Il est convenu,—Que conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport dans un délai de cent cinquante (150) jours.

Il est convenu,—Que les attachées de recherche et la greffière soient autorisées à apporter les changements typographiques et autres jugés nécessaires sans changer le fond du projet de rapport.

Il est convenu,—Que le président du Sous-comité sur le VIH/SIDA soit autorisé à publier un communiqué ou à tenir une conférence de presse à la suite de la présentation du rapport à la Chambre des communes.

It was agreed,—That in addition to the 350 copies printed by the House, the Committee print 650 additional copies of the Report.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 650 exemplaires supplémentaires du rapport en plus des 350 exemplaires imprimés par la Chambre.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

La greffière du Comité

Nancy Hall

WITNESSES

Tuesday, December 5, 1995 (Meeting No. 71)

Canadian Institute for Child Health:

Denise Avard, Executive Director;

Graham Chance, Chair.

Canadian Institute of Advanced Research:

Professor Dan Keating, Director, Human
Development Program.

TÉMOINS

Le mardi 5 décembre 1995 (séance n° 71)

Institut de la santé infantile :

Institut canadien sur la recherche avancée :

Dan Keating, directeur, Programme sur le
développement humain.

Denise Avard, directrice administrative;

Graham Chance, président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 36 (Meeting No. 72)

Tuesday, December 12, 1995

Chairperson: Roger Simmons

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 36 (Séance n° 72)

Le mardi 12 décembre 1995

Président: Roger Simmons

Minutes of Proceedings of the Standing Committee on

Health

Procès-verbaux du Comité permanent de la

Santé

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of a study on Preventative Strategies for Healthy Children

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, considération d'une étude sur les stratégies de prévention axées sur la santé des enfants

WITNESSES:

(See end of document)

TÉMOINS:

(Voir fin du document)



STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Chairperson: Roger Simmons

Vice-Chairmen: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Members

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Associate Members

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

Nancy Hall

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Président: Roger Simmons

Vice-présidents: Pauline Picard
Ovid L. Jackson

Membres

Harold Culbert
Michel Daviault
Hedy Fry
Sharon Hayes
Grant Hill
Bernard Patry
Paul Szabo
Andy Scott

Membres associés

Margaret Bridgman
Jan Brown
Madeleine Dalphond-Guiral
Pierre de Savoye
Keith Martin
Audrey McLaughlin
Réal Ménard
Pat O'Brien
Svend J. Robinson
Roseanne Skoke
Rose-Marie Ur

(Quorum 6)

La greffière du Comité

Nancy Hall

***Amended**

1st Session/35th Parliament

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Journals of the House of Commons of Tuesday, December 5, 1995

By unanimous consent, Mr. Milliken (Parliamentary Secretary to the Leader of the Government in the House of Commons), seconded by Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell), moved,—That the Members of the Standing Committee on Health be authorized to travel to hold a briefing session on Preventative Strategies for Healthy Children in North Gower, Ontario, on February 8 and 9, 1996, and that the necessary staff do accompany the Committee.

The question was put on the motion and it was agreed to.

ATTEST

1st Session/35th Parliament

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Journals of the House of Commons of Thursday, December 7, 1995

The House resumed consideration of the motion of Mr. Szabo (Mississauga South), seconded by Mrs. Payne (St. John's West),—That Bill C-337, An Act to amend the Food and Drugs Act (warning on alcoholic beverage containers), be now read a second time and referred to the Standing Committee on Health. Health.

The debate continued.

The question was put on the motion and it was agreed to.

Accordingly, the Bill was read the second time and referred to the Standing Committee on Health.

ATTEST

***Modifié**

1^{re} Session/35^e Législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux de la Chambre des communes du mardi 5 décembre 1995

Du consentement unanime, M. Milliken (secrétaire parlementaire du leader du gouvernement à la Chambre des communes), appuyé par M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell), propose,—Que les membres du Comité permanent de la santé soient autorisés à voyager pour tenir une séance d'information sur les Stratégies de prévention axées sur la santé des enfants, les 8 et 9 février 1996 à North Gower (Ontario) et que le personnel nécessaire soit également autorisé à accompagner le Comité.

La motion, mise aux voix, est agréée.

ATTESTÉ

1^{re} Session/35^e Législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux de la Chambre des communes du jeudi 7 décembre 1995

La Chambre reprend l'étude de la motion de M. Szabo (Mississauga—Sud), appuyé par M^{me} Payne (St. John's—Ouest),—Que le projet de loi C- 337, Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues (mise en garde sur les contenants de boisson alcoolique), soit maintenant lu une deuxième fois et renvoyé au Comité permanent de la santé.

Le débat se poursuit.

La motion, mise aux voix, est agréée.

En conséquence, le projet de loi est lu une deuxième fois et renvoyé au Comité permanent de la santé.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 12, 1995
(Meeting No. 72)

[Text]

The Standing Committee on Health met at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 536, Wellington Bldg., the Chairman, Roger Simmons, presiding.

Members of the Committee present: Sharon Hayes, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons.

Acting Members present: Ron Fewchuk for Paul Szabo; Madeleine Dalphond-Guiral for Pauline Picard.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Claude Blanchette and Nancy Miller-Chénier, Research Officers.

Witnesses: From the Canadian Public Health Association: Marianne Stewart, Chair, Child Health Program; Kathryn Tregunna, Senior Program Officer. *From the Canadian Paediatric Society:* Dr. Frank Friesen, President; Dr. Pierre Beaudry, President-elect; Dr. Victor Marchessault, Executive Vice-President; Dr. John Holland, Member. *From Campaign 2000:* Rosemarie Popham, Chair.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on Preventative Strategies for Health Children. (*See Minutes of Proceedings, dated Thursday, November 2, 1995, Issue No. 33*).

Marianne Stewart made an opening statement and together with Kathryn Tregunna answered questions.

Dr. Frank Friesen, Dr. Pierre Beaudry and Dr. John Holland each made opening statements and together with Dr. Victor Marchessault answered questions.

Rosemarie Popham made an opening statement.

At 10:20 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nancy Hall

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 12 DÉCEMBRE 1995
(Séance n° 72)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé tient une séance à 9 h 05 dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Roger Simmons (*président*).

Membres du Comité présents: Sharon Hayes, Bernard Patry, Andy Scott, Roger Simmons.

Membres suppléants présents: Ron Fewchuk pour Paul Szabo; Madeleine Dalphond-Guiral pour Pauline Picard.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Claude Blanchette et Nancy Miller-Chénier, attachés de recherche.

Témoins: De l'Association canadienne de santé publique: Marianne Stewart, présidente, Programme de santé des enfants; Kathryn Tregunna, agente supérieure de programme. *De la Société canadienne de pédiatrie:* D^r Frank Friesen, président; D^r Pierre Beaudry, président désigné; D^r Victor Marchessault, vice-président administratif; D^r John Holland, membre. *De la Campagne 2000:* Rosemarie Popham, présidente.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend son étude des stratégies de prévention axées sur la santé des enfants. (*Voir le Procès-verbal du jeudi 2 novembre 1995, fascicule n° 33*).

Marianne Stewart fait une déclaration et, avec Kathryn Tregunna, répond aux questions.

Le D^r Frank Friesen, le D^r Pierre Beaudry et le D^r John Holland font chacun une déclaration et, avec le D^r Victor Marchessault, répondent aux questions.

Rosemarie Popham fait une déclaration.

À 10 h 20, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Nancy Hall

WITNESSES

Tuesday, December 12, 1996
(Meeting No. 72)

Campaign 2000:

Rosemarie Popham, Chair.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Pierre Beaudry, President-elect;

Dr. Frank Friesen, President;

Dr. John Holland, Member;

Dr. Victor Marchessault, Executive Vice-President.

Canadian Public Health Association:

Marianne Stewart, Chair, Child Health Program;

Kathryn Tregunna, Senior Program Officer.

TÉMOINS

Le mardi 12 décembre 1995
(Séance n° 72)

Association canadienne de santé publique:

Marianne Stewart, présidente, Programme de
santé des enfants;

Kathryn Tregunna, agente senior de programme.

Campagne 2000:

Rosemarie Popham, présidente.

Société canadienne de pédiatrie:

Dr. Pierre Beaudry, président désigné;

Dr. Frank Friesen, président;

Dr. John Holland, membre;

Dr. Victor Marchessault, vice-président
administratif.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs in whole or in part, must be obtained from their authors.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Public Works and Government Services Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada,
Ottawa, Canada K1A 0S9

